

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Curso ministrado em parceria com a
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde

Área de Especialização:
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

Adaptação de Vida dos Indivíduos em Idade Activa após Enfarte Agudo do Miocárdio no Alentejo – O Caso Específico da Área de Intervenção da Unidade Hospitalar de Elvas

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Patricia Margarida dos Santos Carvalheiro Coelho
N.º 3518

Orientadora:
Prof. Doutora Maria da Saudade Baltazar

“Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

Évora

Novembro de 2008

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Curso ministrado em parceria com a
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

III Curso de Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde

Área de Especialização:
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

**Adaptação de Vida dos Indivíduos em Idade Activa
após Enfarte Agudo do Miocárdio no Alentejo – O Caso
Específico da Área de Intervenção da Unidade
Hospitalar de Elvas**



168206

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Patrícia Margarida dos Santos Carvalheiro Coelho
N.º 3518

Orientadora:
Prof. Doutora Maria da Saudade Baltazar

“Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

21.6.04

Évora
Novembro de 2008

Dedico este trabalho a todos os doentes que se disponibilizaram para colaborar com o estudo, pois por vezes foi difícil conversar acerca de um assunto que se tornou “tabu” para eles, visto ter sido a forma que encontraram para lidar com a situação!

“O Verdadeiro Progresso Humano é a Conquista da Felicidade”

Mestre Koot Hoomi

Agradecimentos

Nos agradecimentos, onde desejaríamos agradecer ao mundo, corremos sempre o risco de nos esquecermos de alguém, pois até o menor movimento feito por quem quer que seja no sentido de colaboração para o trabalho agora aqui apresentado, merece o nosso agradecimento.

À Professora Doutora M^a da Saudade Baltazar pelo apoio incondicional que me deu para chegarmos aqui, obrigado por ter estado sempre comigo mesmo nos momentos mais complicados, obrigado pela orientação excelente dos temas que tratámos e que definiram o rumo desta dissertação.

Ao Professor Doutor Carlos Alberto Silva pelo apoio e pela amizade.

Obrigado às Cardiopneumologistas do Hospital de Elvas que permitiram a conciliação das entrevistas com o serviço.

Ao Dr. José Aguiar que me deu força para prosseguir com este projecto, obrigado pelo carinho e amizade que nos une.

À Manuela Rosado que orientou os processos administrativos que deram acesso à recolha da amostra deste trabalho.

Obrigado ao meu colega que neste último momento esteve sempre do meu lado, dando-me força e companheirismo.

Obrigado a todos aqueles a quem contactei para poder aprofundar o conhecimento sobre as actividades existentes no Alentejo e que de alguma forma colaboraram com ideias e sugestões para este projecto.

Aos meus pais que me educaram no sentido de acreditar que não há limites para a sabedoria e me ensinaram a não respeitar o impossível.

Ao meu irmão, companheiro de carinho, amizade, educação, reflexão e que me ajudou a orientar alguns rumos deste trabalho.

Ao meu marido pelo apoio incondicional nesta caminhada e ao meu pequeno filhote pelos afectos!

Agradeço ainda à família Pinteus que me acolheu na fase inicial deste projecto e que me deu força para alcançar os objectivos propostos no início da caminhada.

Obrigado a todos, mesmo aos que não mencionei e que contribuíram de alguma forma para este trabalho.

Índice Geral

Índice de Figuras	6
Índice de Gráficos	7
Índice de Quadros	8
Índice de Tabelas	9
Índice de Siglas e Abreviaturas	10
Resumo	11
Abstract	12
Introdução.....	13
I – Enquadramento Conceptual.....	16
1. Síndromas Coronárias Agudas	16
2. Causas de Morte para Doença Isquémica do Coração.....	20
3. As Doenças Crónicas	25
3.1 Doenças Crónicas e o Doente	26
3.2 Doenças Crónicas e a Família	28
3.3 Qualidade de Vida no Doente Coronário	30
4. Apoio das Organizações de Saúde	34
5. Intervenção Comunitária e Redes de Apoio	39
II – Objectivos e Procedimentos Metodológicos	41
Considerações Gerais.....	41
1. Objectivos do Estudo	41
2. População e Amostra	44
3. Tipo de Estudo.....	51
4. Técnicas de Recolha e Análise de Dados	52
III – Adaptação de Vida dos Indivíduos em Idade Activa após Enfarte Agudo do Miocárdio no Alentejo - O Caso Específico da Unidade Hospitalar de Elvas.....	54
1. Causas da doença	54
2. Vivência Pessoal/ Familiar na Fase Aguda da doença.....	58
3. Vivência Pessoal/ Familiar após a doença.....	62
4. Despesas fixas com a doença	69

5. Propostas de Intervenção Comunitária	71
5.1 Proposta de Projecto “+ <i>Qualidade de Vida para os Doentes Coronários</i> ”80	
5.1.1 Diagnóstico da Situação	81
5.1.2 Identificação dos Problemas.....	81
5.1.3 Definição de Finalidades e Objectivos	87
5.1.4 População Alvo, Selecção de Estratégias e Actividades	89
5.1.5 Calendarização e Orçamentação	94
5.1.6 Proposta de Avaliação.....	97
Discussão dos Dados e Conclusão	99
Bibliografia	106
Anexos	113
Anexo 1 - Guião para entrevista ao utente da Unidade Hospitalar de Elvas	113
Anexo 2 - Guião para entrevista às Técnicas das Redes Sociais	115
Anexo 3 – Declaração de Aceitação para Participação no Estudo	116
Anexo 4 – Grelha para Análise das Entrevistas	117
Anexo 5 – Quadros dos Gráficos Apresentados	124

Índice de Figuras

Figura 1 – Árvore Coronária.....13

Figura 2 – Área de Influência da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano..... 44

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – As Diferenças nas Taxas de Fumadores entre os dois Sexos	21
Gráfico 2 – Mortalidade nas Doenças Cardiovasculares antes dos 65 anos	23
Gráfico 3 - Mortalidade nas Doenças Cardiovasculares por Regiões	24
Gráfico 4 – Distribuição dos entrevistados por Sexo	45
Gráfico 5 – Distribuição dos Grupos de Idades por Doentes	46
Gráfico 6 – Distribuição dos Indivíduos por Níveis de Ensino.....	46
Gráfico 7 – Distribuição dos entrevistados por Profissões	47
Gráfico 8 – Estado Civil dos Doentes.....	49
Gráfico 9 – Distribuição dos Filhos Por Maioridade e Menoridade	49
Gráfico 10 – Factores Hereditários.....	54
Gráfico 11 – Hábitos Alimentares Anteriores ao Enfarte	55
Gráfico 12 – Hábitos Tabágicos	56
Gráfico 13 – Reacção do Doente à Notícia.....	59
Gráfico 14 – Reacção da Família à Notícia.....	59
Gráfico 15 – Principais Preocupações do Doente no Internamento	60
Gráfico 16 – Comparação dos Hábitos Alimentares	62
Gráfico 17 – Hábitos Familiares Modificados	63
Gráfico 18 – Consequências a Nível Profissional.....	64
Gráfico 19 – Ocupação Diária dos Indivíduos Reformados	65
Gráfico 21 – Ocupação Diária dos Indivíduos não Reformados.....	66
Gráfico 22 – Reacção a nível Social em Relação ao Doente.....	67
Gráfico 23 – Despesas Mensais com a Medicação	69
Gráfico 24 – Sugestões de Entidades a Envolver	74
Gráfico 25 – Árvore de Problemas.....	87

Índice de Siglas e Abreviaturas

AE – Aurícula Esquerda

Ao – Aorta

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CLAS – Concelho Local de Acção Social

CX – Artéria Circunflexa

DA – Artéria Descendente anterior

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

GNR – Guarda Nacional Republicana

HTA – Hipertensão Arterial

NA/NR – Não aplicável/ Não resposta

O2 – Oxigénio

OMS - Organização Mundial de Saúde

SIV – Septo inter ventricular

SPC – Sociedade Portuguesa de Cardiologia

VE – Ventrículo esquerdo

Resumo

A reflexão sobre este tema leva-nos a pensar sobre uma problemática que poderá ser preocupante face aos impactes na adaptação da vida dos indivíduos jovens após terem sofrido um enfarte agudo do miocárdio (EAM).

A condição física destes doentes deixa de ser a mesma e muitos ficam incapacitados para determinadas funções.

A partir deste momento passa a haver necessidade de uma reorganização não só da sua vida como da familiar, que foi quebrada pelo aparecimento súbito de uma doença que os irá acompanhar o resto da vida.

Compõem a amostra deste estudo 30 doentes que depois de contactados se disponibilizaram para realizar uma entrevista onde foram exploradas todas as questões de interesse para o estudo.

Pretende-se com o estudo perceber quais as dificuldades que estes indivíduos sentiram após terem sofrido o EAM e como é que uma rede de instituições com um programa específico poderá ajudar na reorganização destas vidas.

Abstract

Adaptation of Life of the Individuals in Active Age after Myocardial Infarction in the Alentejo

The debate on this subject, leads us to think about an issue that could be worrisome against the impacts adaptation of the lives of young people having suffered Myocardial Infarction.

The physical condition of these sick people leaves of being the same one and many are incapacitated for some functions.

Since that moment, starts a new necessity for reorganization of their life and of their family that it was broken by the sudden appearance of an illness that will follow them the remaining part of life.

30 sick people compose the sample of this study who after contacted were available to made an interview where the questions of interest for the study would be all explored.

It his intended with this study realizing the difficulties that these had felt, after had suffered the Myocardial Infarction and how does a network of institutions with a specific program can help its reorganization these lives.

Introdução

O EAM ocorre por diminuição do aporte de oxigénio a uma determinada área do coração matando-a. Isto acontece porque há uma oclusão por trombo de uma ou mais artérias (coronárias) que têm a função de irrigar o coração, levando à morte tecidos cardíacos.

A isquémia do miocárdio é uma das doenças que mais mata em Portugal. Contribuem para ela os factores de risco, que tanto se tentam esbater, mas que impiedosamente conseguem permanecer e superar todas as actividades que possam ser feitas para a sua eliminação. São eles: o stress, que cada vez mais existe na nossa sociedade; os factores hereditários, que não se podem modificar; o tabagismo, que mata silenciosamente as nossas células, a hipercolesterolémia; a diabetes; a hipertensão arterial, que provém principalmente dos hábitos salgados que existem em certas regiões do nosso país; as drogas; o sedentarismo; o sexo masculino e a idade.

Hoje, parece estar na moda falar das doenças cardiovasculares e como se podem alterar os hábitos de vida criados pela industrialização, não só pelo sofrimento do doente mas também pelo aumento dos custos que esta doença trás no futuro quer para o doente quer para os sistemas de saúde.

A elevada taxa de mortalidade e incapacidade dos indivíduos em idade activa leva as organizações de saúde e o ministério da saúde a apostar na prevenção, detecção e correcção dos factores de risco que levam à doença coronária (DR n°193 de 22 de Agosto de 2003).

Este estudo pretende mostrar que quando os indivíduos sofrem de doença coronária aguda e ficam incapacitados de desenvolver as suas actividades, que anteriormente eram banais, sofrem de exclusão social, perturbações psicológicas, disfuncionalidades da vida familiar, que consequentemente conduzem à morbilidade de indivíduos que ainda estão em idade activa.

Assim, consideramos de toda a pertinência evidenciar-se que estes indivíduos precisam de acompanhamento profissional e que se estes se mantiverem activos, de acordo com os constrangimentos que a doença impõe, tal facto surge como uma mais

valia pessoal e social. Para isso, pretende-se demonstrar a necessidade da criação de uma rede de instituições que cooperem entre si e cuja actuação tenda a minimizar a exclusão social a que estão sujeitos na nossa sociedade.

Pelo exposto, o objectivo preponderante deste trabalho é identificar os problemas que se colocam a indivíduos com o diagnóstico de EAM em idade activa, para perceber como a adaptação dos mesmos pode ser facilitada se houver uma rede de instituições, na região em análise, que colaborem entre si com vista ao seu auxílio em termos de reabilitação cardíaca e reinserção social.

O presente estudo foi realizado a doentes com diagnóstico de EAM e que pertenciam à consulta de cardiologia da Unidade Hospitalar de Elvas. A necessidade de perceber estas dificuldades surge aquando da observação por parte da autora a estes doentes, visto ser o seu local de trabalho e ter uma relação directa com eles.

O presente trabalho é composto por três partes, que não podem ser desligadas entre si e que por isso se relacionam.

Numa primeira parte abordamos o tema de forma conceptual de maneira a dar a conhecer as realidades existentes a nível nacional. Pretendemos assim nesta parte apresentar algumas considerações com base na literatura disponível acerca deste tema e de estudos de interesse para a compreensão desta problemática. Nesta parte referimos ainda programas lançados pelo Estado acerca da prevenção e tratamento destes doentes mas que parece não terem chegado ao Alentejo.

A segunda parte visa mostrar os procedimentos metodológicos adoptados para realização do estudo, nos quais se inclui a caracterização da amostra (sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de descendentes e actividade profissional), sendo apresentado gráficos para uma melhor interpretação dos dados.

Numa terceira parte analisamos então quais foram as principais causas para o aparecimento da doença antes dos 65 anos e quais as vivências pessoais e familiares na fase aguda da doença e na fase seguinte.

Aqui vamos ainda referir-nos às propostas levantadas pelos doentes no que se poderá fazer para ajudar à sua própria reintegração e fazer uma proposta de projecto de intervenção social.

Visto que o estudo visa perceber atitudes, comportamentos e reacções ele será um estudo de natureza qualitativa em que a análise dos dados será feita através do conteúdo das entrevistas.

Assim, propomos analisar as hipóteses de trabalho levantadas através da análise de conteúdo categorial temática e da observação directa realizada pelo investigador aquando das entrevistas.

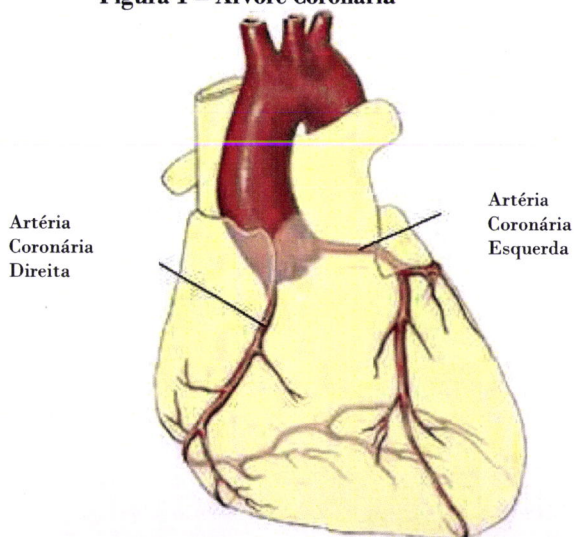
I – Enquadramento Conceptual

1. Síndromas Coronárias Agudas

Tal como todos os órgãos do corpo humano precisam de ser alimentados e oxigenados, também o coração o necessita. Ao contrário do que se possa imaginar o coração não se alimenta de todo o sangue que por ele passa. Este mecanismo acontece através de duas artérias coronárias: direita e esquerda que nascem na raiz da aorta (Ao) e que o irrigam.

Estas, circundam as paredes do coração e irrigam-no com o sangue oxigenado alimentando-o a cada momento de contracção cardíaca (sístole), depois do sangue sair do ventrículo esquerdo (VE) em direcção à Ao. Aqui há um refluxo que não volta a entrar no VE porque as cúspides da Ao entretanto já se fecharam. Assim, este sangue entra nas artérias coronárias.

Figura 1 – Árvore Coronária



Fonte: Adam, 2007

A artéria coronária direita nasce ao nível do seio de valsalva direito da raiz da Ao e irriga não só a parte direita do coração como também as paredes posteriores do septo interventricular (SIV).

A artéria coronária esquerda nasce no seio coronário esquerdo da Ao e antes de se dividir em dois ramos principais, forma um tronco chamado tronco comum que pode medir de alguns milímetros a poucos centímetros.

O tronco comum divide-se depois, na maioria dos casos em dois, originando a artéria descendente anterior (DA) e a artéria circunflexa (CX).

A DA tem direcção anterior e tal como o nome o indica, irriga o SIV anterior e dirige-se depois para a ponta do VE irrigando a face anterior e o seu ápex.

A CX dirige-se para o sulco da aurícula esquerda (AE) e face posterior garantindo a sua irrigação.

As artérias, veias e capilares são os “caminhos” do nosso organismo onde circula o sangue que leva os nutrientes que recolhe no tubo digestivo e o oxigénio (O₂) nos pulmões a todas as partes do corpo humano e que de regresso pelas veias, recolhe os produtos residuais das células eliminando-os através do rim e o dióxido de carbono através dos pulmões.

Os vasos sanguíneos devem ser “caminhos” livres de maneira a que o sangue circule sem resistências e possa levar livremente os nutrientes e O₂ a todas as partes do organismo. Com o passar dos anos e com a contribuição dos factores de risco vão-se agregando às paredes das artérias placas de gordura que não deixam passar o sangue causando-lhe resistência, turbulência e perda de elasticidade. Segundo estudos (Sociedade Portuguesa de Cardiologia) sabe-se que esta doença começa na adolescência e que progride ao longo dos anos silenciosamente e que para ela contribuem determinados factores e estilos de vida.

A aterosclerose é a doença mais comum nos dias que correm. As principais artérias atingidas por este processo são as que irrigam o cérebro, o coração, o rim e os membros inferiores (carótidas, coronárias, renais, ilíacas, femurais, etc.), assumindo cada vez mais protagonismo nos países desenvolvidos ou industrializados.

São diversos os mecanismos que podem levar as placas de ateroma a provocar doenças. Se as placas agregadas às paredes das artérias apenas dificultarem a passagem do sangue e consequentemente défice de nutrientes e O₂ a determinados órgãos, então teremos uma isquémia. Se esta for localizada no coração estaremos perante uma angina de peito.

Caso a placa de ateroma encerre completamente o lúmen da artéria teremos então partes de um órgão que morre e que deixa de funcionar, caso isso aconteça no cérebro estaremos perante um acidente vascular cerebral (AVC) com perdas de capacidades funcionas e cognitivas. Se este processo ocorrer no coração então é uma parte deste que morre. Perdendo assim força e capacidade de trabalhar (função cardíaca). Neste caso estaremos perante um EAM.

Mas outros processos podem ocorrer. Se as placas de ateroma se fragmentarem entram na circulação sanguínea e podem “viajar” até artérias de menor calibre ocluindo-as, neste caso estaremos perante uma embolia que poderá acontecer em qualquer órgão do nosso organismo.

As placas de ateroma também fragilizam as paredes das artérias, o que faz com que estas percam a sua elasticidade e que se criem aneurismas nas suas paredes, sendo os mais conhecidos a nível cerebral e a nível da Ao.

Em Portugal, a doença cardiovascular é responsável por 40% (portal da saúde) da morte dos portugueses, sendo que o acidente vascular cerebral se mantém à frente dos enfartes agudos do miocárdio.

A aterosclerose é um processo de degradação rápida das paredes das artérias que se deve sobretudo ao nosso estilo de vida, enquanto que a arteriosclerose é o processo de degradação normal e perda de elasticidade por envelhecimento dos vasos sanguíneos.

O processo de desenvolvimento da agregação de gorduras nas paredes dos vasos tem que ver essencialmente com o aumento do colesterol no sangue, o aumento da pressão sanguínea, o tabaco e a diabetes.

Existem outros factores que poderão ajudar ao aparecimento da doença, como é o caso da obesidade, do sedentarismo e do stress. É certo que estes factores são modificáveis, sendo que basta uma dieta saudável, exercício físico e o desencorajamento do tabaco para que quase todos os factores desapareçam. No entanto, existem outros que não poderão ser modificados como é o caso dos factores hereditários, a idade, o sexo masculino e a mulher na menopausa.

Pelo que, se conseguirmos detectar a tempo alguns destes factores de risco e se os tentarmos modificar vamos pelo menos atrasar o aparecimento da doença.

Quando o processo de agregação de placas de ateroma se dá nas artérias coronárias e ocorre consequentemente a diminuição do lúmen destas o que acontece é que o coração deixa de ser irrigado convenientemente e passa a estar sub nutrido e oxigenado. As formas de declaração desta doença são através da angina de peito e do enfarte agudo do miocárdio. Enquanto que na primeira não existe oclusão total da artéria, na segunda (a mais grave) existe oclusão total da artéria com ausência de

fluxo sanguíneo por um determinado período de tempo ao miocárdio e consequentemente morte de células importantes e perda de função cardíaca.

O diagnóstico de que existe obstrução no lúmen das artérias é feito aquando da injeção de contraste num exame coronário invasivo (cateterismo cardíaco), verifica-se assim a não progressão das imagens a preto em alguns pontos destas o que indica que não estão a ser irrigadas adequadamente.

Pode-se então perceber que essas zonas não recebem fluxo sanguíneo adequado e que por isso estão em défice de nutrientes e O₂, isto é, que o coração está em sofrimento por falta de irrigação.

A esta falta de oxigenação está associada a dor precordial, que pode irradiar ou não para os braços, mandíbula, epigástro ou costas.

Mediante se a dor é mais ou menos demorada poderá ajudar ao diagnóstico de EAM, sendo que neste caso a dor deve ser sempre superior a 30 minutos.

Para o diagnóstico de EAM é necessário estar presente dois parâmetros da tríade dor (dor, enzimologia cardíaca positiva e alterações electrocardiográficas).

Depois de diagnosticado o EAM, o doente é submetido a uma terapêutica própria com a finalidade de desobstruir o vaso, permitindo que se faça o mais rapidamente possível o fluxo normal, para que o coração esteja o menor tempo possível em sofrimento.

Nos grandes centros, onde existem laboratórios de hemodinâmica a desobstrução dos vasos é feita logo nas primeiras horas.

Os últimos estudos dizem-nos que quanto mais rapidamente se fizer a revascularização do vaso em questão menor serão os danos para o coração.

No entanto, nos pequenos centros, onde estes laboratórios ficam a largos quilómetros de distância, os doentes são primeiramente estabilizados e depois então encaminhados para o cateterismo cardíaco para diagnóstico do número de lesões e consequentemente a angioplastia destes vasos.

Caso as lesões encontradas sejam mais de três ou de difícil acesso, o doente é encaminhado para cirurgia cardíaca. Nesta, são realizados os *Bypass* coronários, isto é, retiram-se veias dos membros inferiores para que se possam fazer “pontes”, no local da lesão da artéria coronária.

2. Causas de Morte para Doença Isquémica do Coração

A síndrome coronária aguda é uma patologia que não surge de um momento para o outro sem que antes tenham havido “erros” na alimentação e na vida do indivíduo.

A alimentação mediterrânea era uma das melhores a nível mundial, ela introduzia na vida do ser vivo todos os ingredientes necessários para uma vida saudável. Com a industrialização da Europa e do Mundo, tornou-se cada vez mais necessário a adaptação da vida de cada um aos novos ritmos que o dia a dia impõe. Uma das alterações introduzidas foi a nível alimentar, as comidas rápidas, o excesso de gorduras, a diminuição do consumo de vegetais, o aumento dos farináceos na alimentação, a substituição de consumo de gorduras naturais pelas industrializadas, em resumo uma série de factores alimentares que se foram introduzindo ao longo dos anos na vida dos seres humanos e que de alguma forma foram prejudicando o organismo dos indivíduos. O factor “falta de tempo” faz com que o ser humano ingira alimentos em excesso nas refeições onde deveria comer com mais restrição e ainda que pratique pouco exercício físico levando por isso o Homem ao sedentarismo. Todas estas alterações alimentares fazem com que haja um aumento do colesterol no organismo dos indivíduos, um aumento da pressão arterial e o aumento incontroável do peso, que leva à obesidade e que está à vista de cada um de nós. Estas alterações alimentares trazem outras doenças que influenciam o aparecimento da isquémia coronária, a diabetes.

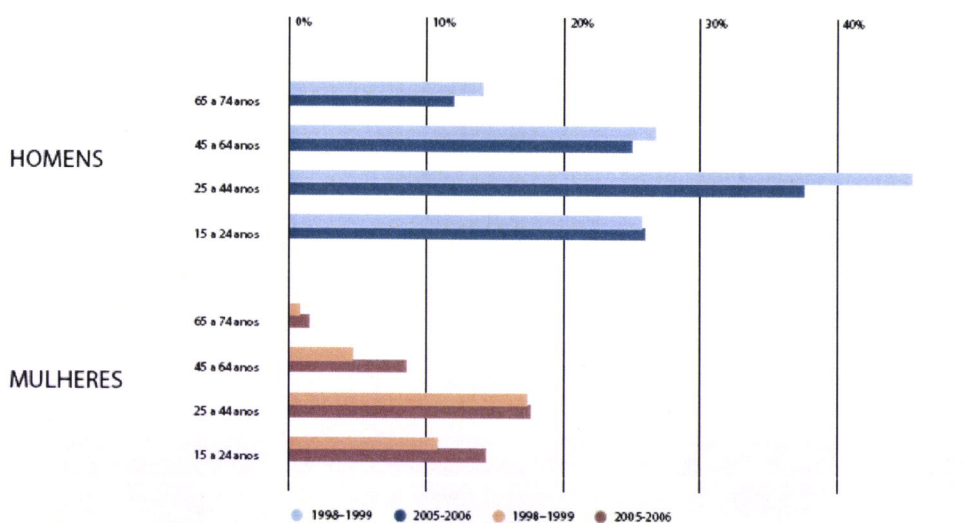
Foi também com a revolução industrial que começou a ver-se entre os homens o consumo do tabaco, primeiramente na América mas que rapidamente se estendeu à Europa e aos outros continentes do Planeta. Este é um factor importantíssimo para a agregação das placas de ateroma (gorduras) às paredes das artérias, fazendo que cada vez mais precocemente apareça a doença arterial, além destas alterações o tabaco é responsável pelo desequilíbrio entre o fornecimento de oxigénio e a necessidade que as células têm. Em resumo, está provado que o tabaco interfere em diversos processos fisiopatológicos que envolvem tanto os elementos sanguíneos como as paredes das artérias do organismo. (Rocha, 2007)

Segundo Castela, [et al] (2004), o tabaco mesmo em quantidades muito pequenas está directamente relacionado com o aumento do risco de EAM, verificando-se que esse risco é maior nas mulheres. Estes, referem ainda que a cessação tabágica reduz de forma significativa o risco para o aparecimento do EAM.

No Plano Nacional de Saúde 2004/2010 pode concluir-se ao observar o gráfico 1 que é no sexo masculino que se verifica haver maior percentagem de fumadores em relação ao sexo feminino. Poderá ver-se também que para ambos os sexos é no grupo etário dos 25 aos 44 anos que existe maior taxa de fumadores e que relacionando os anos de 1998-1999 e 2005-2006 esta mesma taxa desce no sexo masculino mas sobe ligeiramente para o sexo oposto. (Machado, 2007)

Gráfico 1 – As Diferenças nas Taxas de Fumadores entre os dois Sexos

VALOR PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS QUE FUMA DIARIAMENTE
POR GRUPOS DE IDADE



Fonte: Gestão da Saúde e Plano Nacional 2004/2010: 39

As Síndromes Coronárias Agudas (segundo Castela [et al], 2004) em indivíduos fumadores está associada ao aparecimento de mais complicações pós enfarte agudo do miocárdio do que em indivíduos não fumadores, sendo que os primeiros apresentam mais enfarte agudo do miocárdio que angina instável e têm mais factores de risco associados.

É sabido que outros factores de risco estão na origem do aparecimento das doenças cardiovasculares, mas esses infelizmente não são modificáveis pelo que fazem parte do indivíduo, são eles os factores hereditários e ainda a idade e o sexo.

Como se consegue perceber, todos os factores de risco que não fazem parte deste último grupo são designados factores de risco modificáveis cabendo a cada um de nós alterá-los e assim prevenir o aparecimento das doenças cardiovasculares.

Num último estudo efectuado em doentes com idades inferiores a 60 anos pode-se verificar que o aumento do colesterol, a hipertensão arterial, o sedentarismo, a obesidade, o tabaco e a diabetes são os principais factores de risco existentes na população portuguesa e que se apresentam pela ordem apresentada anteriormente. (Gomes, 2007)

Segundo as estatísticas apresentadas num jornal (Jornal do Centro de Saúde/ Alto Comissariado da Saúde, 2007: 6) pelo Prof. Dr. Seabra Gomes são as doenças cardiovasculares as que mais matam em Portugal. Nestas doenças estão incluídos os acidentes vasculares cerebrais e as doenças isquémicas do coração. Ainda neste artigo pode ler-se que “a taxa de mortalidade padronizada por 100 000 habitantes foi, em Portugal de 97,6% para doenças vascular cerebral e de 54,2% para doença isquémica do coração”.

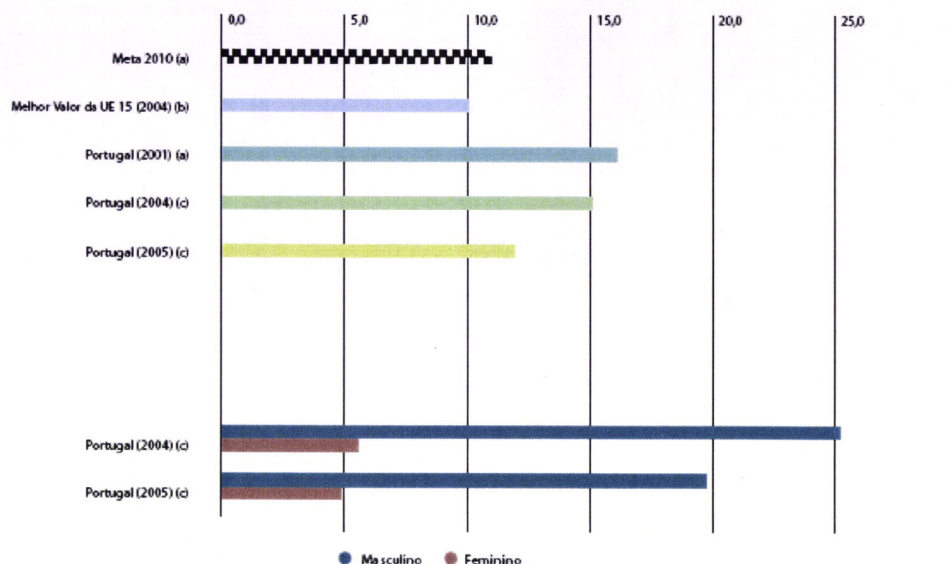
Ao analisar os dados do plano nacional de saúde 2004/2010 podemos concluir que a taxa de mortalidade nas doenças isquémicas cardíacas é maior nos homens do que nas mulheres antes dos 65 anos de idade. (Gráfico 2)

Segundo os dados da análise da direcção geral de saúde podemos observar que a taxa de enfarte agudo do miocárdio nos homens é superior ao das mulheres, mas que de 2004 para 2005 esta mesma taxa desce ligeiramente nos homens e sobe para o sexo feminino.

Gráfico 2 – Mortalidade nas Doenças Cardiovasculares antes dos 65 anos

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DIC ANTES DOS 65 ANOS

100.000 habitantes



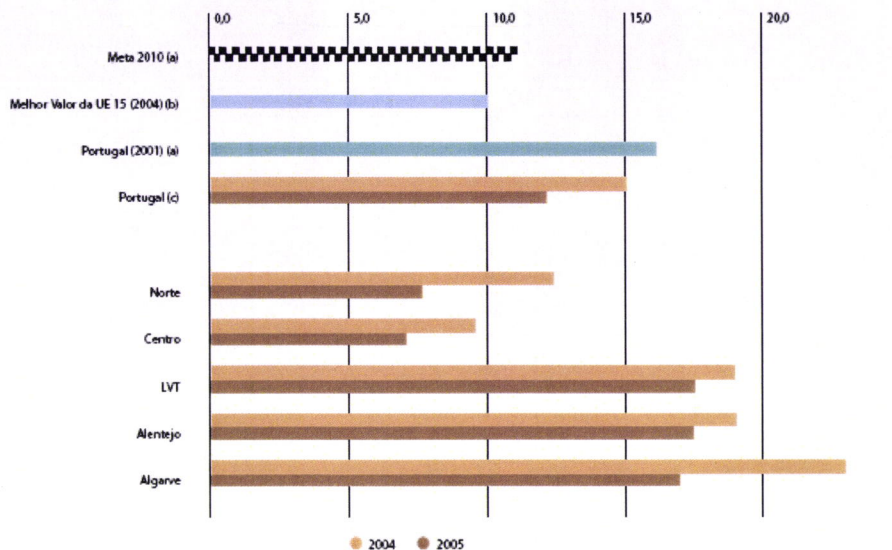
Fonte: Gestão da Saúde e Plano Nacional 2004/2010: 36

A esperança média de vida cada vez é mais elevada, mas também é certo que cada vez é feita com menor qualidade de vida. Infelizmente não podemos dizer que viver no litoral ou no interior é igual no nosso país, ou a norte do rio Tejo e a sul deste. São os próprios dados do Plano Nacional de Saúde 2004/2010 que revelam este conceito já adquirido por cada um de nós. Da análise destes dados podemos verificar que a taxa de mortalidade para a doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos é superior no Sul do nosso país em detrimento do norte, isto é, abaixo da linha do rio Tejo morre-se mais do que no norte e centro do nosso país. Estes dados só mostram a assimetria de igualdade que os Portugueses têm quanto aos serviços de saúde que podem prevenir a morte nesta doença. (Gráfico 3)

Neste plano pode ler-se que “em Portugal, há diferenças na esperança de vida ao nascer seja quanto ao género ... seja quanto à região – com maior longevidade na região do Centro e menor no Algarve e Alentejo” (Machado, 2007: 36).

Gráfico 3 - Mortalidade nas Doenças Cardiovasculares por Regiões

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DIC ANTES DOS 65 ANOS
100.000 habitantes – por região



Fonte: Gestão da Saúde e Plano Nacional 2004/2010: 37

Além de todos os factores de risco que até aqui foram mencionados há que reflectir sobre outros que têm igual importância para o aparecimento do enfarte agudo do miocárdio em jovens.

O consumo de cocaína pode afectar vários aparelhos e sistemas do organismo, como o aparelho cardiorespiratório, o aparelho digestivo, o sistema nervoso central, entre outros. Os efeitos mais comuns no aparelho cardiovascular são isquémia miocárdica, enfarte agudo do miocárdio, miocardites, arritmias e endocardites.

Cada vez se ouve mais falar em jovens que sofreram desta doença.

Estudos realizados apontam para o facto do consumo da cocaína aumentar a probabilidade de ocorrência de enfarte, sendo esta 24 vezes superior na primeira hora após o uso de cocaína. (Alves, 2002)

A cocaína e outras drogas com igual efeito podem desencadear espasmos das artérias coronárias e causar assim a redução do fluxo sanguíneo às células cardíacas, provocando desta forma a isquémia miocárdica e perturbações do ritmo cardíaco.

O facto dos toxicodependentes consumirem durante um longo período de tempo determinadas drogas, pode levar nesse prazo ao aumento da espessura das paredes arteriais e assim provocar a oclusão das artérias coronárias levando à morte do tecido cardíaco.

3. As Doenças Crónicas

As doenças crónicas são aquelas que hoje em dia são cada vez mais comuns no nosso meio e são consideradas incuráveis e permanentes. Elas estão directamente relacionadas com os países em desenvolvimento e industrializados, isto porque existe uma readaptação de vida do ser humano ao seu novo estilo de vida, havendo com isto alterações a nível das dietas alimentares, dos estilos de vida e do consumo excessivo de drogas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (Ministério da saúde, Portal da Saúde, 2007), as doenças crónicas são a principal causa de morte e incapacidade no Mundo. No entanto, estas podem ser prevenidas pelo controlo dos factores de risco que estão inerentes aos estilos de vida modificados.

A doença isquémica cardíaca, considerada uma doença crónica pela OMS (Ministério da Saúde, Portal da Saúde, 2007), é sobretudo atribuível aos factores de risco: hipercolesterolémia, hipertensão arterial (HTA), alteração dos hábitos alimentares, sedentarismo e tabagismo sendo estes responsáveis pelo aparecimento de 75 % das doenças cardiovasculares.

Segundo dados do Ministério da Saúde, Portal da Saúde (2007), calcula-se que 12 milhões de pessoas morrem por enfarte agudo do miocárdio. Torna-se um número muito preocupante quando o transpomos para o nosso país e nos deparamos com o número alarmante de cerca de 40% das mortes que ocorreram em 2005 tenham sido devidas às doenças cardiovasculares.

Ainda no Ministério da Saúde, Portal da Saúde (2007) pode ler-se que as doenças cardiovasculares além de representarem a principal causa de morte em Portugal são também uma importante causa de incapacidade.

Ao observarmos o plano nacional de gestão para a saúde 2004/2010, podemos verificar que é abaixo da linha do rio Tejo que existe a maior percentagem de taxa de mortalidade para a doença isquémica cardíaca (Machado, 2007).

Parece importante e cada vez mais urgente alertar a população para a alteração dos hábitos de vida criados e que estão por detrás da doença coronária pois

encontra-se associado a estas doenças elevados custos económicos e sociais (despacho nº 19670/2005 - II série) que podem ser revertidos.

Segundo dados oficiais para o ano 2002 (despacho nº 19670/2005 - II série) as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal mas também uma das mais importantes causas de morbilidade, incapacidade, de invalidez e de anos de vida perdidos. Neste despacho do Ministério da Saúde pode ainda ler-se que são objectivos gerais da coordenação nacional das doenças cardiovasculares além da promoção e da prevenção cardiovascular, também a reabilitação faz parte deste plano.

A nova tabela de incapacidades publicada a 23 de Outubro de 2007 no decreto-lei nº 352/2007, revela que a incapacidade cardíaca resulta de várias patologias que podem ocorrer a nível cardíaco, entre as quais enfarte agudo do miocárdio.

3.1 Doenças Crónicas e o Doente

Quando um indivíduo sofre de uma doença que o acompanhará para o resto da vida, é chamada a doença crónica, esta incapacidade adquirida vai alterar o seu estilo de vida e a caminhada que terá sido desenhada anteriormente pelo mesmo.

A nova condição poderá eventualmente desafiar os princípios em que o agora doente acreditava. Segundo Rui Oliveira (2007: 437), “a disrupção do percurso normal de vida pode alterar o significado personalizado das noções do tempo, espaço e capacidade judicativa.”

Certo é que cada ser humano pode reagir de maneira diferente para situações iguais, isso poderá estar relacionado com a personalidade de cada um.

A personalidade pode ter várias definições, segundo Allport (1966) haveria na década de 30 muitas definições de personalidade. No entanto, podemos defini-la como algo que caracteriza a pessoa, existindo diferenças permanentes em cada uma, que serão “inteligência, carácter, temperamento, constituição...” (Dias, 2004: 192)

Claro está que a sociedade também pode influenciar na personalidade de cada indivíduo, pois estão em jogo a influência cultural e no caso da migração o problema da adaptação à cultura local.

Lima (2006: 1) descreve que “a manifestação e o significado de muitas perturbações de índole psicológica diferem de cultura para cultura” diz ainda que poderão ser “ fortemente influenciadas pela época, história, religião, crenças, o contexto sócio económico e o estilo de vida” de cada indivíduo.

Assim, consoante o grau de gravidade da doença crónica (o grau de invalidez, o melhor ou o pior prognóstico) o mesmo indivíduo poderá reagir de maneira diferente. Muitos destes doentes, marcam a sua vida como um marco histórico em que a partir dali tudo será diferente e desenhado consoante a evolução da doença.

A maioria destes doentes, encaram a vida como tendo que recuperar rapidamente da doença sofrida ou lutar contra a morte, pois isso seria perder o contacto com as pessoas de quem mais gosta, a família essencialmente.

Depois de conseguir superar esta fase que corresponderá à primeira reacção de luta contra a doença, o indivíduo irá readaptar-se ao seu novo estilo de vida que inclui lidar com a nova condição física, psicológica e social.

Por todos estes motivos torna-se importante, depois do sofrimento da doença, reabilitar estas pessoas. O interesse pela reabilitação cardíaca parece estar aquém daquilo que se poderia esperar, segundo Fernando Santos (2004: 38), o problema reside não só pela pouca divulgação destes programas mas também porque “os médicos e os doentes conversam pouco sobre os problemas psicológicos que afectam estes últimos, estando muito mais atentos às queixas físicas” dos doentes.

Parece que, se houvesse um maior interesse por parte das pessoas que lidam com estes doentes, talvez a taxa de mortalidade e morbilidade destes, diminuísse, pois segundo Ballone (2003: 6) “aspectos importantes a considerar nos estudos dos factores psicossociais relacionados com a doença coronária é o modo como a pessoa faz representar ou dar significado à sua doença”. Este autor refere ainda outros estudos em que se diz que alguns dos factores de diminuição da mortalidade após o EAM serão o acompanhamento destes doentes “pelos grupos de suporte social”.

Um estudo realizado em Portugal por Bettencourt [et al] (2005: 694) conclui que os doentes que são referenciados para programas de reabilitação cardíaca

apresentam melhorias significativas da “sintomatologia depressiva, um maior sentimento de energia e vitalidade, uma menor sensação de cansaço ou esgotamento e uma melhor auto-percepção (optimismo) quanto ao seu estado de saúde, perspectivas de futuro e resistência à doença.”

Ora isto, indica-nos que se houver um acompanhamento destes doentes por equipas multidisciplinares, eles estarão devidamente acompanhados a todos os níveis e facilmente será percebido pela equipa quais as dificuldades dos indivíduos e assim caso a caso desenvolver um projecto de seguimento para aquele doente específico.

Parece importante, pelo estudo apresentado anteriormente, o seguimento de forma a diminuir todos os sintomas que levem a estados em que o prognóstico do doente passa a ser dificultado pelo pouco optimismo com que os doentes encaram o futuro.

Uma das conclusões do estudo de Bettencourt [et al] (2005:695) parece ter sido que o principal benefício da reabilitação cardíaca dos indivíduos desse estudo em termos da qualidade de vida será “a melhoria da auto-percepção da doença e do que ela representa em termos psico-sociais”. Isto acaba por ser de muito interesse, quando nos referimos a uma doença em que a morbilidade e a mortalidade depende muito da maneira como o doente a encara e se prepara para o futuro, pois a incapacidade adquirida pode desafiar os pressupostos básicos sobre o próprio sujeito e o mundo em geral, podendo assim existir um desencadear de reacções que podem ser verdadeiramente catastróficas.

3.2 Doenças Crónicas e a Família

As famílias são um grupo de pessoas que adquirem valores, crenças e maneiras de estar na vida que quando afectados por um problema de saúde de um dos elementos têm que se reorganizar. (Messa, s.d.)

As doenças crónicas consideradas incuráveis e permanentes exigem que o indivíduo reorganize a sua vida tendo em conta as limitações que lhe são impostas pela doença. Torna-se necessário estabelecer novas directrizes na vida. Também aqui

a família tem um papel preponderante, pois esta necessita, tal como o doente, de se organizar e adaptar às novas condições do seu familiar doente.

Mas, muitas destas famílias tentam fazer com que as suas vidas voltem ao estado anterior, no entanto isto acaba por não ser possível e faz com que a família alcance uma nova identidade e postura na sociedade.

O facto de ser o doente a sofrer desta doença não quer dizer que os seus familiares não venham a sofrer com a nova situação que se impôs à família e que se têm que readaptar. Este impacto pode fazer com que as famílias se paralistem, em termos de equilíbrio emocional, psicológico, social, durante algum tempo de maneira a que consigam alcançar de novo o seu equilíbrio e a sua vida que terá sido repentinamente cortada por este incidente.

Assim e depois da ocorrência de uma situação de enfarte agudo do miocárdio a um familiar torna-se necessário a rápida reorganização de vida neste meio. Pelo que não só o doente, como também a família poderá vir a precisar de apoio para lidar com a nova situação que atingiu o seu agregado familiar.

A família é o grupo que está mais intimamente ligado ao doente e por isso acaba por funcionar como a identidade daquele indivíduo. Segundo refere Messa (s.d.) a família é um sistema vivo e por isto, é um sistema aberto que depende das trocas do meio em que está inserido. Assim, as famílias diferenciam-se pelos valores que adquirem ao longo da sua vida e com a sua própria história, fazendo com que as atitudes, os comportamentos e as posturas dos elementos desta sejam influenciados por esses valores adquiridos.

Aquando do internamento do doente, a sua família deve ser alertada para a doença que este está a sofrer e ir dando conhecimentos acerca desta, pois assim poderão ser criadas condições de encorajamento de aceitação e procura de recuperação rápida visando assim as alterações dos comportamentos e até talvez a redução das consequências sócio económicas e culturais.

Parece também poder estabelecer-se um conjunto de reacções consoante a evolução da doença, pois esta pode evoluir positivamente ou pelo contrário pode evoluir no sentido negativo da doença, fazendo com que as famílias levem ainda mais tempo a alcançar o seu equilíbrio ou ainda fazendo com que estas famílias tendam a estar sempre numa contínua adaptação tornando assim este processo muito

4. Apoio das Organizações de Saúde

As doenças cardiovasculares são a causa mais importante de mortalidade e morbilidade no nosso país.

Quando se sofre de um EAM é o mesmo que dizer que um indivíduo vai ter uma doença que o vai acompanhar para o resto da vida. Por isso, o acompanhamento e a recuperação destes indivíduos não é um acto isolado no tempo mas sim um conjunto de comportamentos que se devem adoptar para o ajudar à nova situação e que muitas vezes são a causa do mal-estar do doente.

Deve ter-se em conta a preocupação da monitorização do doente quanto a diversos factores. Esta monitorização dever-se-á fazer em consultas próprias de acompanhamento do doente.

Para Fernando Ribeiro Santos (2004:37), interno complementar de cardiologia e assistente livre da faculdade de medicina do Porto, “a preocupação com a monitorização da ansiedade, depressão, disfunção sexual, stress excessivo, problemas laborais, abuso do álcool, drogas e outras dependências (tabaco), além da falta de suporte social, são pedras fundamentais na completa recuperação do doente cardíaco.”

No nosso país poucos são os centros de reabilitação cardíaca. Parece que os médicos e os seus doentes estão pouco abertos aos problemas psicossociais que afectam estes últimos, estando tanto uns como os outros mais interessados e atentos às queixas físicas que os últimos apresentam. (Santos, 2004)

Em Portugal os centros de reabilitação estão concentrados nos dois grandes centros (Lisboa e Porto) sendo que a restante população não tem acesso fácil à reabilitação cardíaca (Teixeira [et al], 2007). (Quadro 1)

Mesmo nos grandes centros os principais locais onde estão disponíveis estes serviços são em hospitais/ clínicas privadas. Segundo um estudo realizado por Madalena Teixeira [et al] em 2007, são 14 os centros de reabilitação cardíaca a nível Nacional e centrados na grande Lisboa e Porto, destes, 7 são privados e 7 são públicos.

Os primeiros centros a surgir foram a nível privado e em Lisboa na década de 80.

Quadro 1 – Centros de Reabilitação em Portugal

Fundação	Designação/Responsável	Local	Tipo
1982	Clínica Dr. Dídio de Aguiar Joaquim de Aguiar e Luís do Rosário	Lisboa	Privado
1988	Instituto do Coração Miguel Mendes	Lisboa	Privado
	Hospital Militar de Belém Francisco Correia Júnior	Lisboa	Privado
1991	Clube Coronário de Lisboa Helena Santa-Clara e Miguel Mendes	Maia	Privado
1992	Fisimaia Eunice Vouga	Maia	Público
1993	Centro Hospitalar de V N Gaia Fátima Miranda e Madalena Teixeira	V.N. Gaia	Privado
	Diprofísio Carlos Ramalhão	Porto	Público
2000	Hospital S. Sebastião Catarina Branco e M ^a José Ferreira	St. ^a Maria Feira	Público
	Hospital Geral de Sto. António António Rui Leal	Porto	Público
2001	Hospital Pedro Hispano Paula Almeida	Matosinhos	Público
2002	Hospital Fernando Fonseca Ana Cruz Dias e Daniel Ferreira	Amadora	Público
	Clínica Coração de Jesus Helena Santa-Clara	Lisboa	Privado
2003	Clínica Central do Bonfim António Rui Leal	Porto	Privado
2004	Hospital Santa Marta Pedro Varandas e Ana Abreu	Lisboa	Público

Fonte: Teixeira [et al], 2007: 818

Foram ainda identificados por um outro artigo de uma revista da especialidade (Almeida, 2007) mais dois centros de reabilitação cardíaca privados nos anos de 2005 e 2007 (quadro 2), o que perfaz um total de 9 centros de reabilitação privados.

Quadro 2 – Centros de Reabilitação em Portugal (continuação)

2005	Clínica Conchas	Lisboa	Privado
2007	Clínica Maria do Carmo Branco	Vila Nova de Gaia	Privado

Fonte: Almeida, 2007: 25

Os programas de reabilitação existentes são compostos por equipas multidisciplinares e têm como principal objectivo ajudar o doente a compreender a sua doença e a não a subestimar. Ao mesmo tempo estes programas tendem a encaminhar as pessoas que os frequentam a encontrar os melhores caminhos, que lhes poderão trazer maiores benefícios e a controlar melhor os seus factores de risco para que estes tenham uma melhor qualidade de vida.

Estes programas incluem várias fases. Para tentarmos desmistificar o que se fazia em cada uma das fases contactámos o Dr. Miguel Mendes (ex-coordenador nacional da reabilitação cardíaca em Portugal da Sociedade Portuguesa de Cardiologia) para nos elucidar acerca destes programas. Segundo este, nestas fases aplicam-se as guidelines da American Association for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, 3 fases nas suas últimas guidelines (4ª edição de 2004): a hospitalar (in-hospital), a de transição (transition) e a de manutenção (maintenance).

Na primeira fase (1-2 semanas de duração) trata-se de promover o levante rápido e progressivo do doente, efectuar algum ensino e dotar o doente com capacidade física para estar autónomo no domicílio. Na fase II, (6 a 12 semanas) continua o ensino e inicia-se o treino físico em ginásio, guiado pela prova de esforço, pretendendo que o participante comece a assumir uma vida mais saudável e que ganhe uma capacidade física que lhe permita normalizar a sua vida, nomeadamente profissional. Na terceira fase, com duração indeterminada, deverá manter os comportamentos saudáveis entretanto adquiridos.

No entanto, verificámos que em alguns artigos se fala de uma fase IV o que levantou a curiosidade acerca desta, o que conseguimos apurar foi que se refere à classificação antiga, estando assim, hoje integrada na fase de manutenção.

Inicialmente, estes programas destinavam-se apenas a doentes com EAM, mas actualmente os programas existentes já comportam outros doentes do foro cardíaco, no entanto, são os primeiros que continuam a ter maior admissão nos planos de reabilitação cardíaca. Estes programas não se destinam apenas à

incapacidade física mas também ao apoio psicológico e à reeducação /prevenção secundária. Apesar da existência destes programas, verifica-se segundo um estudo feito por Madalena Teixeira [et al] (2007), que estes estão a ser sub utilizados (apenas 1,8% dos candidatos estão a ser enviados para estes programas) comparado com os Estados Unidos da América e outros países europeus. Ainda neste estudo verifica-se que existe um aumento do número de centros de reabilitação em Portugal de 1998 para 2004, mas estes estão todos concentrados na grande Lisboa e Porto.

A depressão no período após EAM está relacionada com o facto dos doentes estarem limitados nos primeiros meses das suas funções, no entanto a sua duração pode estar relacionada com o apoio social recebido.

Ana Fernandes e M. Teresa McIntyre (2006) realizaram um estudo onde comparam os factores psicossociais e a reabilitação pós EAM. Neste estudo foram comparados dois grupos. Um onde realizaram programas de reabilitação cardíaca e outro onde se utilizou a intervenção médica tradicional. Elas concluíram que o primeiro grupo (reabilitação cardíaca) usufruiu de melhoria do bem-estar e ajustamento à doença.

Segundo Fernando Santos (2004: 38) “mais de 50% dos doentes no período pós-EAM, a depressão está presente em maior ou menor grau. Infelizmente, na maior parte dos casos, a patologia não é identificada.”

No mundo actual as barreiras culturais entre os povos tendem a esbater-se e os estilos de vida são cada vez mais semelhantes. “O estilo de vida das sociedades industrializadas desafia a estabilidade mental que é condição indispensável à saúde”. (Lima, 2006: 2)

Ao longo da vida, muitos doentes deparam-se com as mudanças e readaptações que tem que fazer do seu estilo de vida pela doença que lhes foi diagnosticada.

Sabemos pelo até aqui descrito, que os centros de reabilitação existentes estão concentrados a nível dos grandes centros e parece haver uma inexistência de redes de apoio fora destes grandes centros aos doentes.

Existe em Portugal, um programa nacional de apoio à prevenção e controlo das doenças cardiovasculares (Despacho n.º 16415/ 2003 (II série) Diário de República n.º 193 de 22 de Agosto). Este programa pretende melhorar a vigilância

dos factores de risco, promover a prevenção destes factores, melhorar a organização da prestação de cuidados de saúde nestes doentes e ainda promover as boas práticas clínicas e o respeito pelas terapêuticas implementadas.

A fim de se realizar a concretização deste plano a Direcção Geral da Saúde decidiu eleger a Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) como uma ponte científica para este plano.

As estratégias de intervenção deste plano passam por planos de intervenção onde se faria a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. Tal como se refere neste despacho estas estratégias são destinadas à população em geral e também aos profissionais de saúde de maneira a que a sua prática melhorasse na área cardiovascular.

A grande finalidade deste plano é “reduzir a incidência do EAM, particularmente abaixo dos 65 anos”, para isto será necessário, tal como se refere ainda no mesmo despacho, o controlo dos factores de risco para estas doenças.

É de relevante interesse ainda referir que é previsto neste plano, nas estratégias de intervenção, intensificar as campanhas de informação dirigidas à população em geral através das estruturas centrais, regionais e locais de saúde.

Podemos em jeito de conclusão verificar que os centros de reabilitação estão concentrados a norte do rio Tejo e nas grandes cidades, sendo que nem todos os doentes têm acesso aos mesmos, visto que a maioria destes centros não tem convenção com os sistemas de saúde de quem os doentes estão dependentes. (Teixeira, 2007)

Pelo que parece continuarmos com grandes dissimetrias a nível nacional relativamente aos cuidados de saúde que cada um e em cada região tem acesso.

5. Intervenção Comunitária e Redes de Apoio

“O nosso mundo está em processo de transformação estrutural desde há duas décadas” (Castells, 2005: 17). Este processo está intimamente ligado à evolução tecnológica a que todos temos assistido desde os anos 60.

Com a evolução dos tempos, existem alterações na sociedade que se impõem para que se resolvam os problemas das populações. Para que tal aconteça torna-se necessário que se accionem recursos locais, que habitualmente estão directamente dependentes dos vários actores que dela fazem parte (Guerra, 2006).

Segundo Isabel Guerra (2006: 92, 93), nas sociedades modernas têm-se vindo a verificar “profundas mutações sociais” devido aos processos da “globalização da economia”. Esta por sua vez faz com que exista uma grande alteração do Estado Providência visto que as grandes empresas passam a ter um monopólio da economia e passam a ter uma elevada importância que noutros tempos apenas era “atribuída aos Estados”, fazendo com que estes se comprometam com as grandes empresas, principalmente as internacionais, de forma a garantir a sua sobrevivência através de benefícios fiscais, entre outros, em possa intervir directamente. Desta forma, os Estados demitem-se de parte das suas responsabilidades enquanto actores principais na garantia da melhoria e da igualdade de oportunidades para todos.

Tornou-se assim necessário, realizar programas em que estivessem incluídos os vários actores locais, quer sejam os públicos ou os privados, para que se criassem condições para a minimização da pobreza e exclusão social e consequentemente a protecção dos riscos sociais a que cada um está exposto.

Para uma intervenção comunitária é necessário que existam projectos com directrizes nesse sentido que devem ter como objectivo principal ajudar um determinado público-alvo. Neste caso específico teria o intuito de apoiar os doentes que se vêm envolvidos repentinamente num processo difícil de adaptação a uma nova realidade causada pela doença que sofreram – o EAM.

Para que esta intervenção aconteça serão necessárias parcerias entre instituições de maneira a criar uma rede de apoio que visa ser de intervenção comunitária a um grupo específico.

Segundo Figueira (2003) a parceria pode ser entendida como um regime em que existe uma partilha de trabalho entre o trabalhador e o empregador no mundo rural ou ainda como um grupo de trabalho que tem a mesma finalidade.

Já para rede podemos dizer que é o conjunto de várias instituições ou organizações que se concentram para um determinado fim.

Importa ainda introduzir um outro conceito, o partenariado, que segundo Guerra (2006: 101) ”abre as portas às práticas fundadas no princípio das interacções entre as populações, os decisores e administradores para os quais as referências não são tanto o poder mas a acção em si mesmo, ou seja, a resolução efectiva de problemas”.

Neste caso, o que pretendemos da parceria é que haja um grupo de trabalho entre várias instituições locais (públicas e privadas) que desenvolvam objectivos comuns e que seja o de apoio à sociedade local.

Assim, seria necessário que várias instituições da área de influência do estudo se unissem em parceria, formando uma rede para que pudessem desenvolver projectos de forma a minimizar os problemas que poderão ser levantados pela investigação.

II – Objectivos e Procedimentos Metodológicos

Considerações Gerais

Para a realização do presente estudo, foram seleccionados todos os indivíduos com idade até aos 65 anos e que recorreram ao serviço de urgência da Unidade Hospitalar de Elvas da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, onde lhes foi diagnosticado enfarte agudo do miocárdio, entre os anos de 2002 e 2006.

1. Objectivos do Estudo

A sintomatologia do doente com enfarte agudo do miocárdio é muito típica, opressão torácica com irradiação à mandíbula, epigástro e membros superiores, no entanto quando um indivíduo recorre ao serviço de urgência com dor precordial irradiada e sudorese deve sempre fazer-se o diagnóstico diferencial com os exames de complementares de diagnóstico e terapêutica. Neste caso concreto os exames realizados são o electrocardiograma e as análises clínicas específicas para a enzimologia cardíaca.

O electrocardiograma foi introduzido na prática clínica por Eithoven, é um exame que regista a actividade eléctrica cardíaca através das ondas P-QRS-T. O enfarte agudo do miocárdio é diagnosticado sempre que existem alterações específicas para esta doença a nível da repolarização ventricular (segmento ST e onda T). Mas, para o diagnóstico do enfarte agudo do miocárdio é necessário que estejam presentes pelo menos duas das três alterações que poderão apresentar estes doentes, a tríade; dor, alterações electrocardiográficas e alterações enzimáticas. Pois existem enfartes que não revelam alterações electrocardiográficas significativas e o seu diagnóstico é feito apenas pela dor e pelas alterações das enzimas cardíacas (CK,

CK-MB e troponinas), estas analisam-se através do sangue e podem em conjunto com a dor, por si só, fazer o diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio.

O enfarte com alterações do electrocardiograma tem pior prognóstico que o que não revela alterações a nível do electrocardiograma, pelo que a recuperação destes últimos se faz mais rapidamente.

O principal objectivo deste estudo é identificar os problemas que se colocam a indivíduos com o diagnóstico de EAM em idade activa, para perceber como a adaptação dos mesmos pode ser facilitada se houver uma rede de instituições, na região em análise, que colaborem entre si com vista ao seu auxílio em termos de reabilitação cardíaca e reinserção social.

Foram então desenhados alguns objectivos específicos para o estudo em causa; estes têm o intuito de perceber os vários tipos de problemas que estes indivíduos enfrentam quando têm alta hospitalar, como se poderá contribuir para que estes problemas possam ser minorados; perceber como reage a família a esta nova problemática, analisar como algumas práticas e hábitos sócio-culturais da região podem condicionar negativamente a reabilitação de tais indivíduos, perceber se a abertura de um novo serviço pode ajudar à reabilitação e reinserção destes doentes e por último perceber como as instituições da região poderão trabalhar em parceria para ajudar estes indivíduos a continuarem activos, contribuindo para que os seus problemas possam ser minorados.

Para que se conseguisse compreender estas dificuldades foi necessário definir qual a melhor forma de chegar a estes dados, foi então escolhida a entrevista semi-estruturada, pois permite ao investigador que conduza a mesma. Este tipo de entrevista é muito utilizada em investigação social porque permite ao investigador explorar atitudes, expressões ou sentidos que os entrevistados dão às suas práticas. É um tipo de recolha de dados que permite ao investigador recolher informações muito úteis e que de outra forma não poderia explorar, pois não é uma entrevista estanque e ao qual são apenas respondidas essas questões. Como não é uma entrevista rígida as questões são colocadas de maneira a que o entrevistado responda abertamente e o entrevistador tem sempre abertura para questionar outras questões que possam surgir no decorrer da entrevista. Antes das entrevistas foi realizado um guião de entrevista (anexo 1) para que algumas questões chave não ficassem esquecidas, não

quer dizer por isso que as perguntas tenham que ser feitas nessa ordem, esta pode ser alterada consoante o entrevistador ache mais oportuno, a intenção é que a entrevista seja encaminhada segundo os objectivos da mesma e para que não se esqueçam questões fundamentais.

Estas entrevistas foram realizadas em meio hospitalar ao contrário do que inicialmente se tinha previsto, por imposição do conselho de ética. De qualquer forma houve sempre o cuidado de escolher um local calmo e conhecido do doente para que se sentisse bem de maneira a que não houvesse constrangimentos por parte do entrevistado.

Foram também realizadas entrevistas às Técnicas das Redes Sociais, existentes em todos os concelhos da área geográfica em estudo.

Tal como para as entrevistas dos indivíduos foi elaborado um guião de entrevista (anexo 2), para esta segunda fase do estudo.

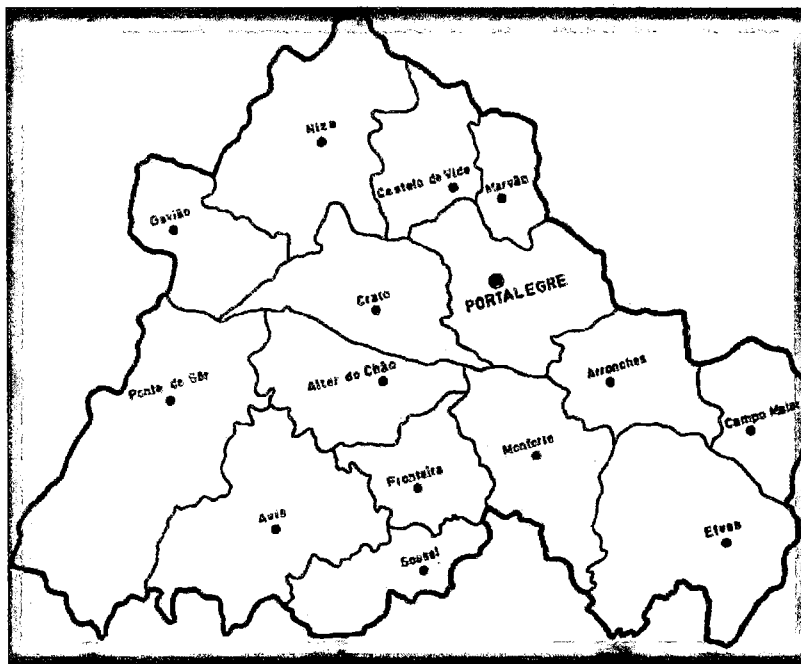
Para melhor enquadrar o alcance dos objectivos do estudo, assim como para não estravazar os horizontes da pesquisa, foi ainda necessário proceder à delimitação das questões de investigação formuladas no modo seguinte:

- Qual a qualidade de vida destes indivíduos?
- Qual o papel da família nesta problemática?
- Quais os hábitos alimentares da região e como é que podem influenciar negativamente o bem-estar destes doentes?
- Como é que as entidades patronais podem ajudar à integração profissional destes indivíduos?
- Como é que a sociedade pode influenciar na inserção destes doentes?
- Como é que uma parceria entre instituições pode ajudar na reinserção destes indivíduos?
- Como poderá ser criada uma rede de solidariedade para ocupação destes indivíduos?

2. População e Amostra

Para que se pudessem realizar as entrevistas foram seleccionados todos os indivíduos em idade activa que deram entrada na urgência da Unidade Hospitalar de Elvas e que lhes foi diagnosticado enfarte agudo do miocárdio, nos anos de 2002 a 2006. De todos os doentes seleccionados retirou-se o grupo de indivíduos que iriam ser entrevistados com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio e idade aquando do diagnóstico, inferior a 65 anos e que eram da área de influência do hospital em questão.

Figura 2 – Área de Influência da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano



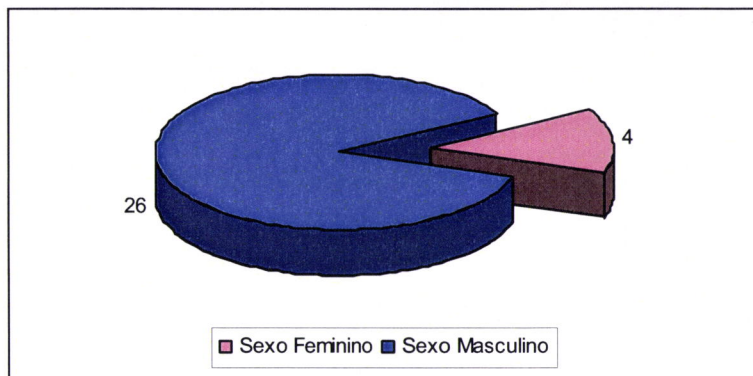
Fonte: Unidade Hospitalar de Elvas (www.helvas.min-saude.pt)

Do grupo de indivíduos seleccionados pelo critério de influência do hospital, apenas 30 participaram no estudo, pois inicialmente a proposta feita à comissão de ética do hospital era realizar as entrevistas em casa destes, mas por imposição da mesma que evocou a protecção de dados dos doentes não permitiu esse contacto, foi então revisto esse processo, para que se conseguisse realizar o estudo. Assim, a proposta realizada em segunda hipótese à comissão de ética, que autoriza os estudos

de investigação neste hospital, foi que seriam entrevistados apenas os doentes que fossem detectados na consulta de cardiologia ou na realização de exames, o que fez o total da amostra que se estudou.

O grupo dos entrevistados é constituído por 30 indivíduos dos quais quatro são do sexo feminino e 26 do sexo masculino (gráfico 4), com idades actuais compreendidas entre os 33 e os 69 anos.

Gráfico 4 – Distribuição dos entrevistados por Sexo



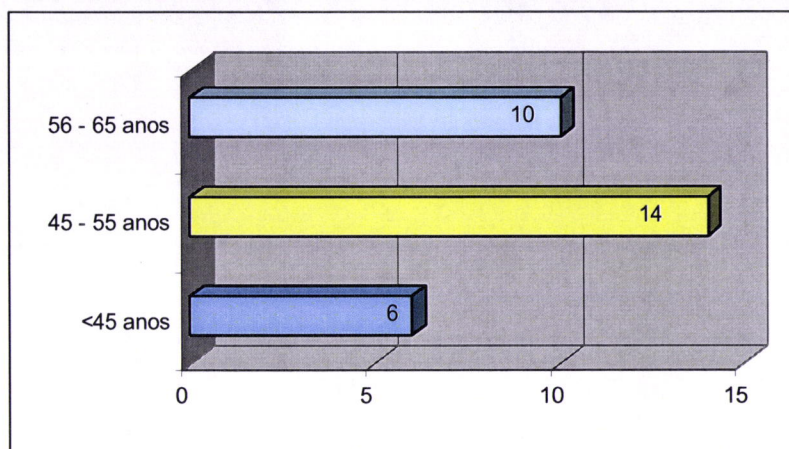
Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 1

O facto do grupo dos entrevistados serem maioritariamente do grupo do sexo masculino vai ao encontro do que é referido na literatura em que esta doença atinge mais homens que mulheres para idades inferiores aos 65 anos, constituindo-se por isso o sexo masculino como um factor de risco para doença coronária.

Agrupamos as idades dos doentes quando tiveram o enfarte em 3 grupos (inferior aos 45 anos, dos 45 aos 55 anos e entre os 56 e os 65 anos). Podemos verificar que para este grupo de entrevistados a faixa etária maioritária está compreendida entre 45 aos 55 anos que se concentra a maioria dos indivíduos da amostra (gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição dos Grupos de Idades por Doentes



Fonte: Entrevistas do Estudo

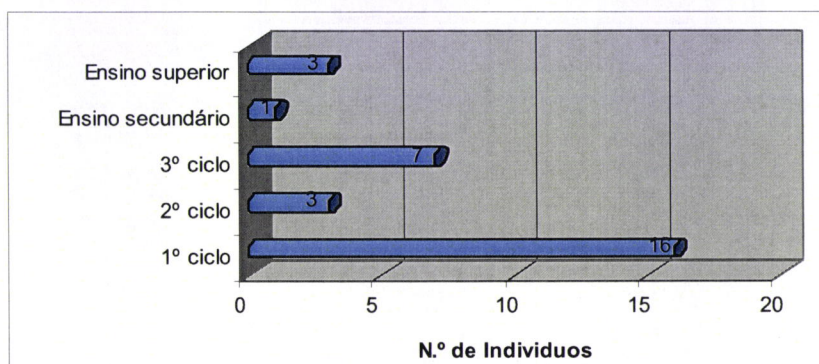
Anexo 5, quadro 2

Na continuação da caracterização dos entrevistados tornou-se relevante perceber qual o nível de escolaridade deste grupo.

Através do gráfico 6 podemos concluir que existe uma grande percentagem dos indivíduos que só tem, no máximo a 4ª classe, isto revela uma grande percentagem de indivíduos com baixa escolaridade neste grupo de doentes e que poderá reflectir o da população em geral para o Alentejo.

Apenas três têm o ensino superior, verificando-se que uma grande percentagem da amostra, tal como já referido, apenas detém o 1º ciclo de aprendizagem do ensino português.

Gráfico 6 – Distribuição dos Indivíduos por Níveis de Ensino



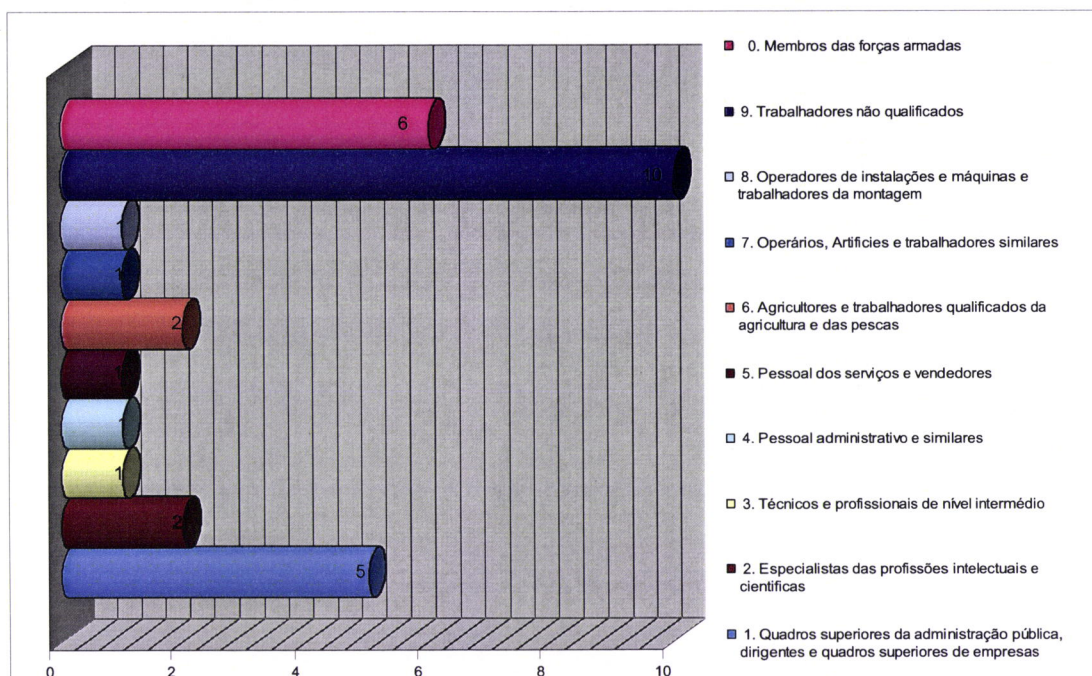
Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 3

Segundo Dias [et al], (2005: 827) num estudo realizado em Portugal para perceber os factores preditivos de qualidade de vida na síndrome coronária aguda concluíram que “o género, o grau de escolaridade, as características psicossociais ... foram os preditores mais importantes da qualidade de vida.”

O facto de o grau de escolaridade ser baixo neste grupo poderá ajudar à menor percepção para a reorganização e readaptação de vida neste grupo.

Gráfico 7 – Distribuição dos entrevistados por Profissões



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 4

Para podermos agrupar as profissões utilizamos a classificação nacional das profissões que nos foi facultada pelo Instituto Nacional de Estatística.

Da observação deste gráfico podemos verificar que grande parte dos indivíduos que fizeram parte da amostra está no grupo dos trabalhadores não qualificados (gráfico 7), o que está de acordo com a baixa escolaridade que já tivemos oportunidade de observar anteriormente no gráfico 6. Verificamos ainda que o grupo profissional com maior número de elementos é o das forças armadas, onde incluímos a Guarda Nacional Republicana (GNR) e Guarda-fiscal, este grupo profissional poderá ser tão grande devido ao facto de esta cidade até à muito pouco tempo viver

muito em função das forças militares e ser uma cidade transfronteiriça, onde existiam muitos guardas-fiscais que foram reencaminhados para outros postos dentro da GNR ou que foram reformados muito cedo devido ao desaparecimento das alfândegas fronteiriças.

Podemos ainda verificar que o grupo profissional que nos aparece em terceiro lugar é o grupo dos quadros superiores da função pública, dirigentes e quadros superiores de empresas, neste grupo incluímos os indivíduos que estavam estabelecidos por conta própria e por isso são dirigentes de empresas, não quer dizer no entanto que estes não estejam no nível de ensino mais baixo.

Rozanski [et al], (2005: 693) realizou um estudo e percebeu que quando o “estatuto sócio-económico” é baixo reflecte-se em hábitos sanitários piores e uma frequência mais elevada dos factores de risco para a doença coronária.

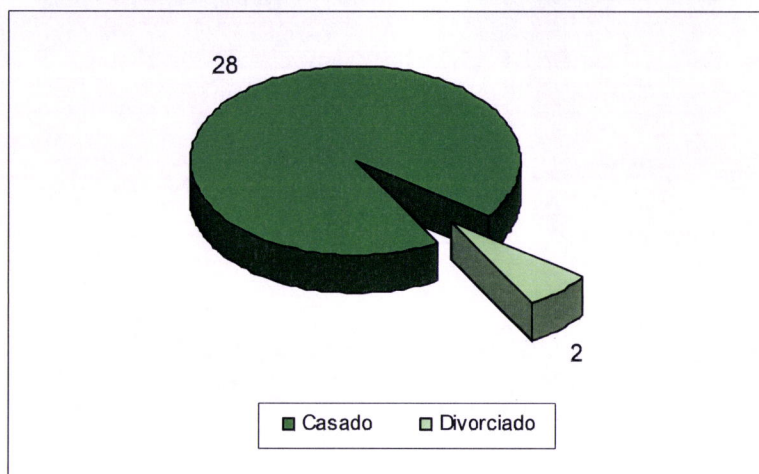
O facto deste grupo estar mais posicionado no nível de escolaridade mais baixo e talvez por isso também posicionado no grupo profissional dos trabalhadores não qualificados poderá estar correlacionado com as dificuldades económicas que cada um poderá ter sentido após ter sido diagnosticada esta doença crónica quando teve que regressar à sua vida que a partir deste momento estará alterada e terá de ser reorganizada.

Na sociedade em geral o indivíduo depende sempre de um grupo, quer seja familiar ou outro, pois isto dará alguma estabilidade emocional e social ao mesmo.

O facto de o Homem estar inserido num grupo familiar faz com que este crie um sistema de vivências e crenças que aquele grupo acredita e vive, por isso quando esse grupo é afectado por uma doença de um dos membros influencia não só a readaptação do próprio como também da família. Tornou-se portanto importante perceber o estado civil de cada indivíduo para perceber se haveria um suporte familiar que o ajudasse a ultrapassar a situação num momento tão cruel.

Esta análise é bem visível no gráfico que se segue (gráfico 8), onde se pode verificar a diferença significativa que existe entre os dois estados civis encontrados nestes entrevistados, a maioria é casado.

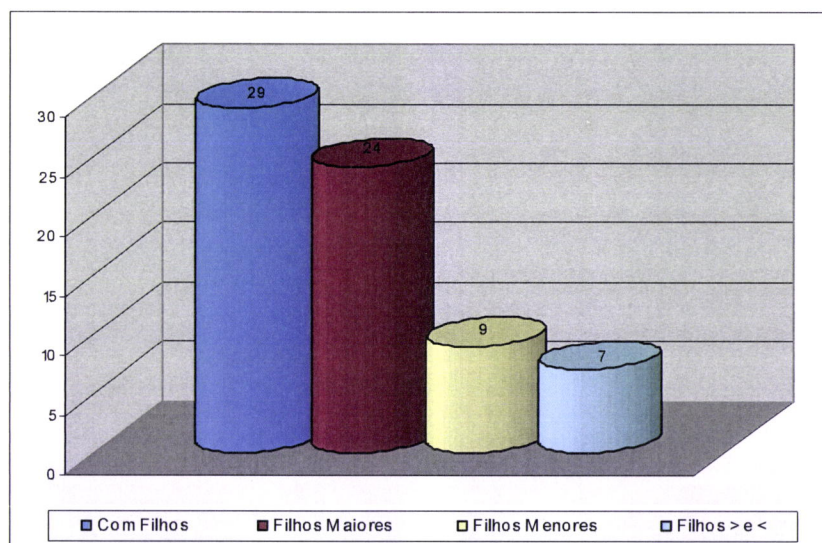
Gráfico 8 – Estado Civil dos Doentes



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 5

Gráfico 9 – Distribuição dos Filhos Por Maioridade e Menoridade



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 4, quadro 6

Mas do grupo familiar podem também fazer parte os descendentes, de enorme importância para os progenitores, tentou por isso perceber-se como era constituído o agregado familiar.

Apenas um doente não tem filhos, todos os outros doentes têm filhos, sendo que a maioria tem filhos maiores (Gráfico 9).

Da análise geral do grupo do estudo podemos concluir que a maioria dos indivíduos é do sexo masculino, casado e tem filhos com mais de 18 anos. O que faz

com que haja um grupo familiar que poderá também ser afectado pela doença diagnosticada a um dos seus membros.

Concluímos também pela análise dos dados que o grupo está posicionado num nível de baixa escolaridade e que por isto o grupo profissional com maior número de elementos é o grupo de profissionais não qualificados.

3. Tipo de Estudo

Este estudo tem um carácter marcadamente qualitativo, pois para perceber como é que os doentes lidaram com a nova condição física foi necessário proceder à realização de entrevistas, com vista à recolha mais detalhada da informação sobre a temática em estudo. Por isso é um estudo descritivo tendo por base um paradigma qualitativo.

Fortin (1999) diz-nos que em investigação qualitativa, a análise dos dados é uma fase do processo indutivo de investigação que está intimamente ligada ao processo de escolha dos informadores e às diligências para a colheita de dados.

A intenção foi tentar perceber as dificuldades encontradas por estes indivíduos quando tentam voltar ao seu ritmo de vida anterior e de alguma forma compreender o que podemos fazer para que estes sejam reintegrados na sociedade, ou deixem de ser indivíduos completamente inactivos.

Tal como Judith Bell (2004: 20) refere: “os investigadores que adoptam uma perspectiva qualitativa estão mais interessados em compreender as percepções individuais do Mundo. Procuram compreensão em vez de análise estatística. Esta perspectiva prende-se com o facto de se procurar compreender o Mundo que nos rodeia, o nosso quotidiano, os nossos actos e com o Ser Humano em si.”

4. Técnicas de Recolha e Análise de Dados

Para dar início à recolha dos dados procedeu-se à realização de entrevistas aos indivíduos seleccionados aquando da sua deslocação ao hospital para realização de exames e/ou consulta de cardiologia.

Segundo Quivy (2005), a entrevista é uma técnica utilizada em investigação social e torna-se adequada quando se pretende informações acerca do sentido que as pessoas dão às suas práticas diárias, aos seus valores e às interpretações das suas experiências de vida. Permitem ainda ao investigador retirar informação muito útil e de grosso modo muito mais detalhada.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada porque permite ao investigador orientar a entrevista sem estar dependente de um questionário pré realizado com uma estrutura fixa. No entanto, foi necessário elaborar um guião da entrevista (anexo 1) para que não fosse esquecido nenhum assunto. Neste eram questionados dados que caracterizassem o indivíduo, sentimentos do próprio e da família aquando do internamento hospitalar, as dificuldades familiares, sociais e profissionais. No final pedia-se ao entrevistado, que desse sugestões para que se possa melhorar os serviços na zona estudada e também ajudar às dificuldades que eles próprios tinham sentido.

Quivy (2005: 193) refere que a entrevista semi-estruturada tem este sentido pois não é nem “inteiramente aberta nem encaminhada por um número de perguntas precisas. Geralmente o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas... não colocará necessariamente todas essas perguntas pela ordem que as anotou e sob a formulação prevista. O investigador esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos cada vez que o entrevistado se afastar...”

As entrevistas foram realizadas em meio hospitalar, num ambiente familiar ao doente de maneira a que não houvesse por parte deste algum constrangimento.

As entrevistas foram gravadas com autorização do próprio (anexo 3), pretendeu-se com a técnica da entrevista, não só gravar a conversa, mas também perceber, observar e questionar comportamentos, atitudes e acontecimentos que de

um ou outro modo pudessem ser ocultados pelo mesmo. Esta é uma das grandes vantagens das entrevistas semi-estruturadas, pode-se a qualquer momento explorar ideias, motivos, sentimentos, tons de voz, expressões faciais, hesitações, etc. (Bell, 2004)

Para que as perguntas da investigação fossem estudadas tornou-se necessário organizar os dados recolhidos por categorias, agrupando assim por semelhanças e diferenças as questões chave. A esta organização chama-se análise de conteúdo categorial temática. Podemos ver no anexo 4, a tabela criada para ajuda da análise das entrevistas.

Esta organização procedeu-se depois da realização da audição das entrevistas e quando foi necessário desfragmentar os conteúdos de cada entrevista transcrita.

Foram ainda realizadas entrevistas às Técnicas dos Programas das Redes Sociais locais, afim de perceber como funcionavam as Redes nos concelhos envolvidos e como poderiam ser envolvidos na solução dos problemas levantados pela investigação ou minimizar os seus impactos.

Foi também importante a observação directa que o entrevistador foi fazendo ao longa das suas entrevistas, o facto de este tipo de estudo permitir mais este método de recolha de dados permitiu-lhe aperceber-se de determinadas questões e atitudes que de outra maneira não poderiam ter sido investigadas.

Outra das fontes para a análise de dados foi a pesquisa bibliográfica que permitiu perceber determinados assuntos e explorá-los de maneira a entender determinadas questões que se lhe foram levantando. Sem dúvida que esta pesquisa, permitiu fazer correlações entre achados na análise de dados e assim perceber comportamentos dos entrevistados.

III – Adaptação de Vida dos Indivíduos em Idade Activa após Enfarte Agudo do Miocárdio no Alentejo - O Caso Específico da Unidade Hospitalar de Elvas

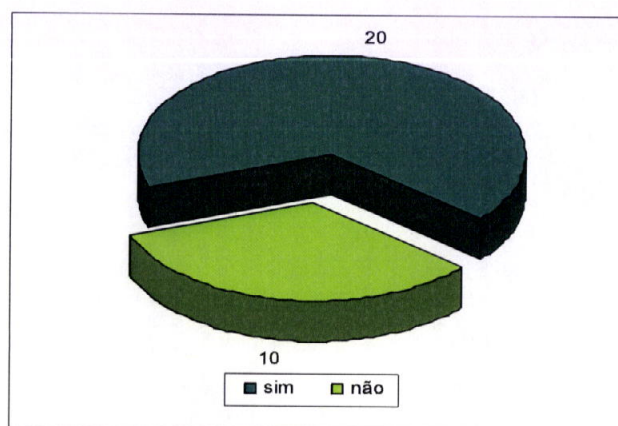
1. Causas da doença

Como já foi referido algumas vezes, existem factores de risco que predis põem ao aparecimento da doença coronária no ser Humano.

Assim, tornou-se importante perceber se existe factores hereditários para doença isquémica cardíaca nestes indivíduos, esta questão foi colocada de forma a perceber se na família havia indivíduos com doença coronária diagnosticada.

Ao observar o gráfico 10 verificamos que a maioria tinha uma predisposição hereditária, o que indica que estes doentes tinham uma grande carga de factores de risco não modificáveis e que em conjunto com os factores de risco modificáveis torna o aparecimento da doença mais precocemente.

Gráfico 10 – Factores Hereditários



Fonte: Entrevistas do Estudo

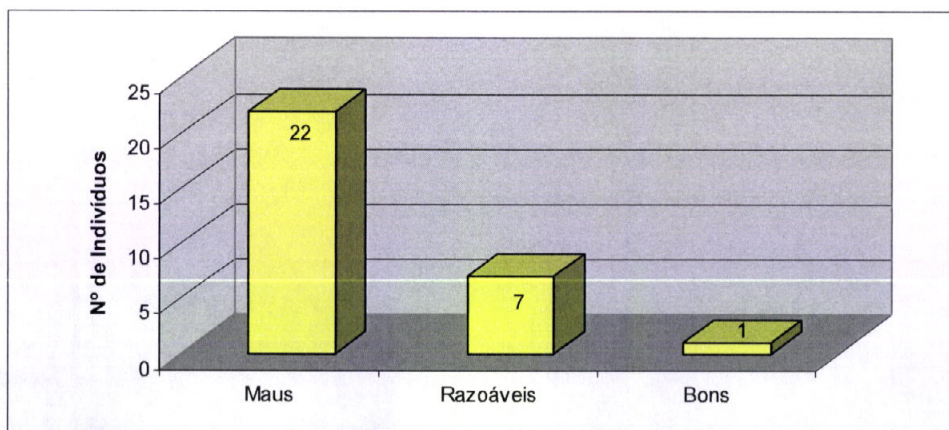
Anexo 5, quadro 7

A história da evolução do homem também está ligada à forma como se alimenta, este é o ser vivo com a alimentação mais rica e variada. Adaptou-se ao que o meio onde estava inserido lhe oferecia surgindo assim o desenvolvimento de culinárias próprias de cada região. Os hábitos alimentares que cada um adquire na sua região tornaram-nos assim como hábitos sociais e culturais de cada região e que cada indivíduo se adapta na região onde está inserido.

No Alentejo a alimentação é feita muito à base de carne de porco, gorduras, enchidos, pão, muito sal, queijo e muito pouco peixe. São hábitos culturais que estão implementados e que são difíceis de modificar. Por isto, tornou-se pertinente perguntar quais os hábitos alimentares destes doentes antes e depois da ocorrência do EAM.

Classificámos os hábitos alimentares antes da ocorrência da doença em maus, razoáveis e bons e verificámos que a grande maioria dos doentes não tinha cuidados com a alimentação, o que predispõe para um aumento da probabilidade do aparecimento da doença coronária. (Gráfico 11)

Gráfico 11 – Hábitos Alimentares Anteriores ao Enfarte

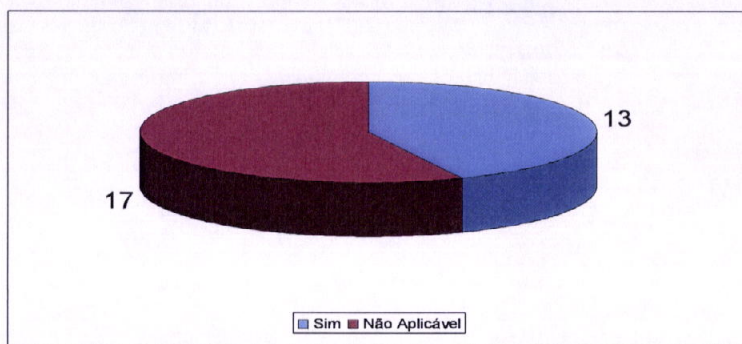


Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 8

Os doentes ao serem questionados sobre a sua alimentação, respondiam muitas vezes que eram maus e tinham deixado de fumar, o que levantou uma curiosidade aquando da análise dos dados, perceber se havia muito fumadores ou não.

Gráfico 12 – Hábitos Tabágicos



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 9

Pela análise do gráfico e tendo em conta que não foi perguntado directamente se era ou não fumador ou se tinha deixado de fumar, quase metade referiu ser ex-fumador e o mais interessante neste dado é que quase sempre o referiam quando eram perguntados os hábitos alimentares antes do EAM.

Algumas das expressões não deixam de ser curiosas como: “antes muito maus, fumava um maço por dia” excerto da entrevista nº 3, “maus, isso é que talvez fosse um dos meus grandes problemas, era fumador” excerto da entrevista nº 15 e ainda “muitos maus, era assim: das 9 horas às 12h30 fumava um maço, almoçava e entrava no 2º maço, depois petiscos, uns copos, não jantava e entrava no 3º maço...” excerto da entrevista nº 22

A interpretação destas frases leva-nos a crer que os indivíduos “comiam” cigarros, o que decerto não é verdade, mas eles falaram no tabaco como se tivesse sido um condimento essencial da sua alimentação.

Por não termos perguntado quais os hábitos tabágicos, ficamos sem saber quais na realidade nunca foram fumadores, os que são fumadores e quais os ex-fumadores. Seria interessante perceber dos que deixaram de fumar quantos não resistiram ao vício e voltaram a fumar. Estudos apontam para o facto de haver uma maior probabilidade de recidiva no sexo feminino em relação ao sexo masculino, no entanto essa conclusão teria que ser investigada num grupo em que o sexo feminino estivesse mais representado, pois este grupo é na sua maioria constituído por indivíduos do sexo masculino.

Talvez se possa dizer que neste grupo especificamente exista muita falta de informação. Pois, é mais que sabido entre todos nós que os maus hábitos alimentares e o que daí advém são os grandes responsáveis pelo aparecimento da doença coronária e que em conjunto com os factores de risco não modificáveis essa probabilidade aumenta.

2. Vivência Pessoal/ Familiar na Fase Aguda da doença

Nesta dimensão pretendeu-se perceber como é que os próprios indivíduos reagiram e lidaram com a doença e também perceber como é que a família reagiu a esta nova condição do seu familiar.

Assim, questionou-se qual foi a reacção que o doente teve quando soube que tinha uma doença no coração e que era para o resto da vida.

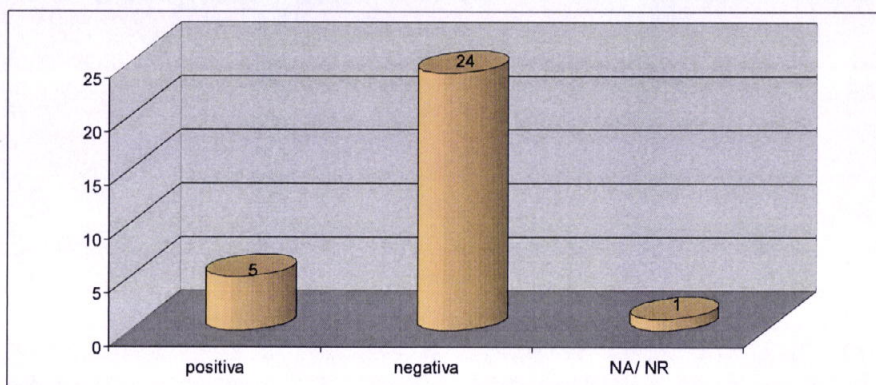
Agrupámos as respostas em positiva, negativa e não aplicável/ não resposta (NA/NR), obtivemos o gráfico 13 que se pode analisar e da qual percebemos que a grande maioria reagiu negativamente à aceitação da doença.

Expressões como: “foi um grande choque” excerto da entrevista nº 1, “estou muito revoltado comigo próprio” excerto da entrevista n.º 17, “ainda me sinto revoltado” excerto da entrevista nº 18, não nos podem deixar indiferentes à questão de que já nesta fase, a fase inicial de todo este processo, os doentes deveriam ser acompanhados psicologicamente por um profissional nesta área.

Seria importante criar um protocolo com a especialidade de psicologia de maneira a que quando um doente desse entrada no serviço de urgência e lhe fosse diagnosticado o enfarte, este profissional de saúde fosse imediatamente contactado no sentido do acompanhamento prematuro do doente e da sua família com vista à diminuição das depressões e da fase de revolta que depois dificultam todo o processo de recuperação.

Como referem os estudos já mencionados verifica-se que os doentes que foram acompanhados a este nível tiveram também uma melhoria na qualidade de vida.

Gráfico 13 – Reacção do Doente à Notícia



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5. quadro 10

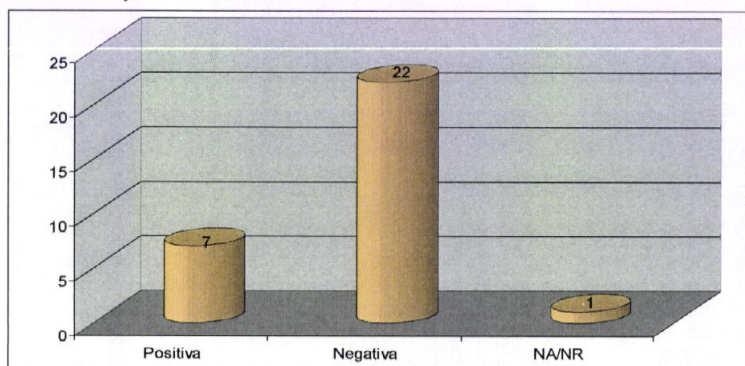
Ainda a pensar na reacção da notícia ao doente, perguntámos como reagiu a família à notícia.

Tivemos necessidade de criar três grupos: a reacção positiva, negativa e a NA/NR. Na reacção positiva englobámos respostas como (Apoio, ajuda, melhor que o doente...) e na negativa (Preocupação, agitação, tristeza, mal, sofrimento...).

Percebeu-se então que tal como o doente a família não terá reagido muito bem à notícia, como se pode verificar no gráfico 14.

O que volta a vir ao encontro da necessidade de apoio psicológico não só do doente como também da família logo numa fase inicial.

Gráfico 14 – Reacção da Família à Notícia



Fonte: Entrevistas do Estudo

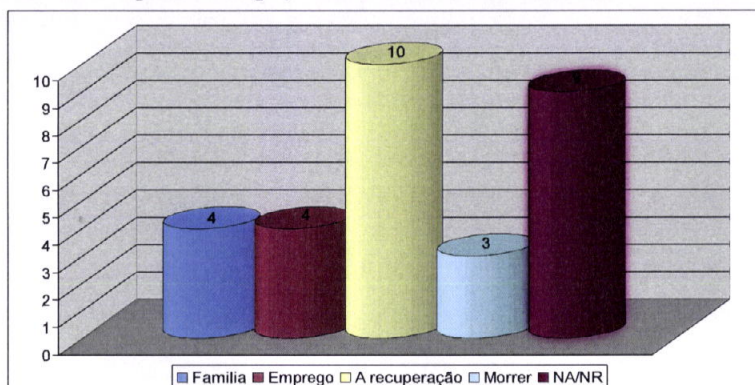
Anexo 5, quadro 11

Houve apenas um doente que não respondeu à pergunta, tal facto poderá explicar-se devido ao motivo de existir na família muitos doentes com esta doença,

inclusivamente a mãe portadora da doença e o pai já falecido com esta doença, o que o poderá ter levado a fugir à resposta a esta pergunta.

Nesta dimensão foi ainda questionado qual teria sido a principal preocupação do doente enquanto esteve internado, assim agrupámos as respostas em preocupações com a família, com o emprego, preocupações relativas à recuperação da doença, em morrer e NA/ NR para os doentes que não sabiam responder ou não pensaram em nada.

Gráfico 15 – Principais Preocupações do Doente no Internamento



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 12

Podemos então verificar (gráfico 15) que uma grande parte teve como principal preocupação a recuperação da doença, mas que também um número muito significativo de doentes, ou não pensou em nada ou não respondeu.

Poderá ser relacionado o facto do baixo grau de escolaridade permitir que haja uma menor percepção da gravidade da doença e assim os doentes não pensarem na doença como uma patologia que mata ou nem sequer terem pensado em nada, mas como um momento que terá de ser recuperado rapidamente para voltar à vida anterior.

Ora desta análise, verificamos que esta fase é muito negativa quer para o doente quer para a família, pois ambos reagem negativamente à notícia da doença agora diagnosticada. Por outro lado os doentes têm como principal preocupação a recuperação da doença, talvez isto seja um factor positivo e de ajuda ao doente para ultrapassar esta fase tão difícil.

Da análise até aqui efectuada consegue perceber-se a necessidade de apoio da especialidade de psicologia.

3. Vivência Pessoal/ Familiar após a doença

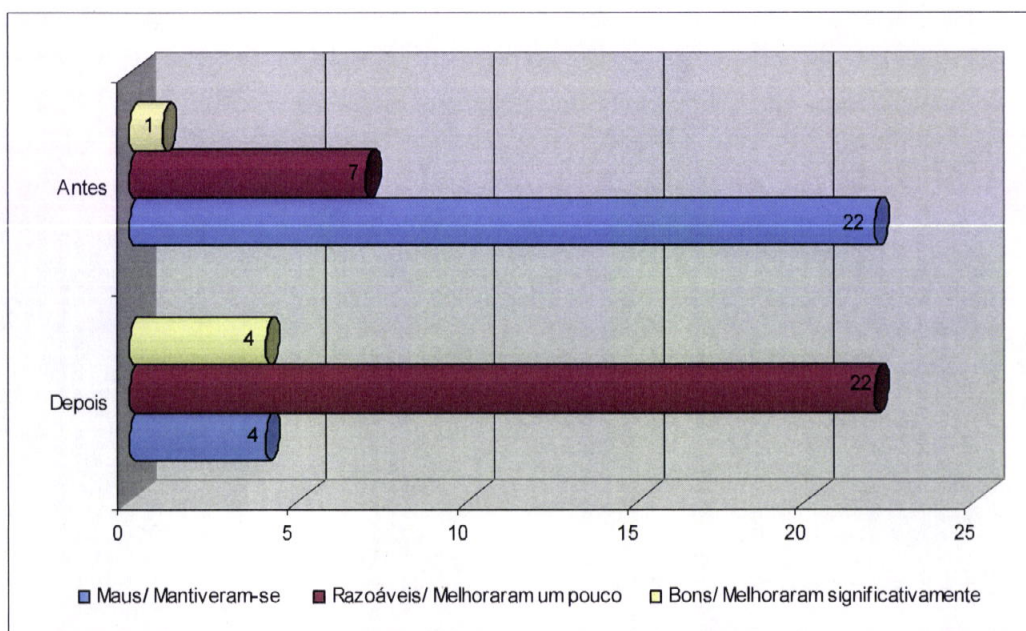
Com o diagnóstico da doença coronária, que é uma doença crónica, o doente tem a necessidade de se reorganizar perante a nova situação. Esta reorganização pode ser imediata ou levar algum tempo, existem hábitos, sociais, culturais, familiares e profissionais que irão ficar alterados e que por isso precisam de tempo para uma reorganização.

Tal como o indivíduo precisa de tempo e de reorganizar a sua vida, também a sua família precisa disso mesmo, de se adaptar à nova condição do seu familiar.

Nesta fase da entrevista o importante foi tentar perceber o que tinha mudado no seio familiar e como é que tanto o próprio doente, como a família lidaram com a situação que a partir daquele momento se impunha.

Quanto à forma de estar do indivíduo, analisou-se em primeiro lugar as modificações alimentares de cada um e verificou-se que uma grande maioria referiu que os hábitos tinham sido alterados e por isso melhorado.

Gráfico 16 – Comparação dos Hábitos Alimentares



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 13

Ao analisar o gráfico 16, podemos verificar que antes do EAM os hábitos alimentares eram maioritariamente maus e que depois melhoraram. Concluímos também que só uma pequena parte melhorou significativamente os seus hábitos alimentares.

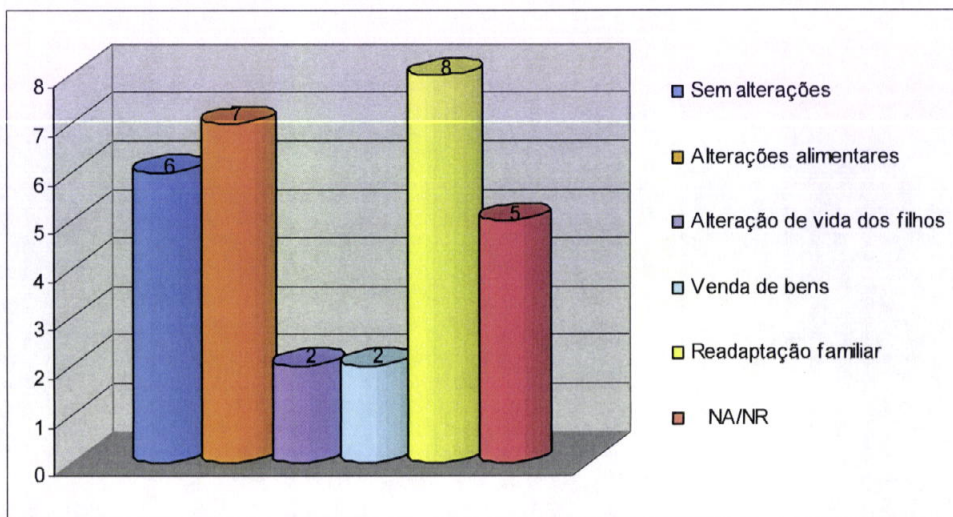
No decorrer de algumas entrevistas, notámos que havia ainda muita falta de informação (“melhorou um bocadinho, mas continua muita coisa errada, muita falta de informação” excerto da entrevista nº 17), o que poderá estar na origem dos hábitos terem melhorado mas não tão significativamente quanto o desejado para estes doentes, o que nos fará reflectir sobre a necessidade de acompanhamento destes doentes numa consulta da especialidade de nutrição.

Seria muito importante que estes doentes e a sua família antes da alta tivessem uma consulta de nutrição para entenderem como terá que ser mudada a alimentação do doente que acaba por afectar também a da família.

O facto de estes doentes já terem sofrido desta doença aumenta a probabilidade de uma recidiva, pelo que é muito importante que estes factores de risco modificáveis estejam bastante controlados.

Um dos objectivos da entrevista era perceber quais os hábitos/rotinas familiares que se tinham modificado.

Gráfico 17 – Hábitos Familiares Modificados



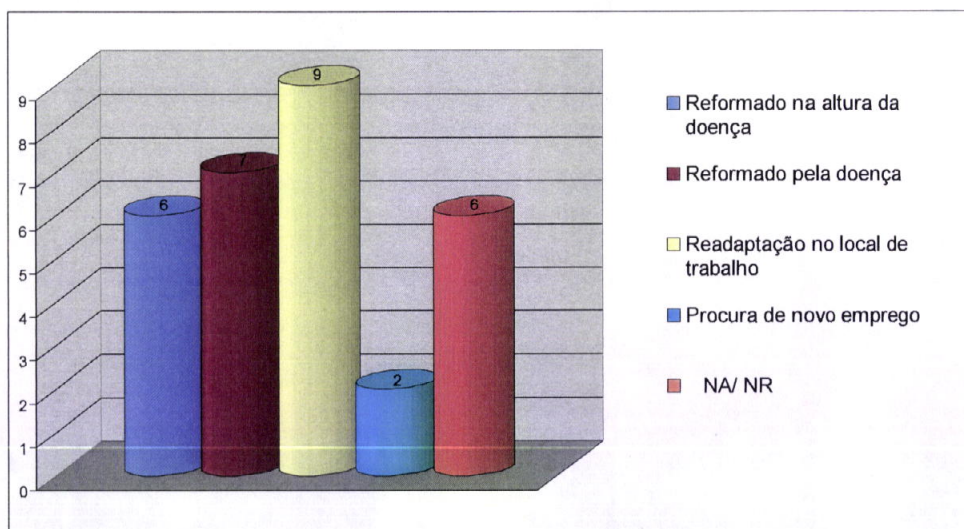
Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 14

Da análise das respostas (gráfico 17) verificámos que a maior parte dos hábitos familiares que se tiveram que modificar foram a própria readaptação da vida familiar e as alterações nos hábitos alimentares, mas não podemos deixar de referir que houve doentes que tiveram que vender os bens para subsistir e que os filhos tiveram que alterar o seu percurso de vida, como foi o caso do doente que disse: “tivemos bastantes problemas e bastante graves, eu tenho ajudado como posso, daquelas vendas que fiz, dei uma ao meu filho, ele queria casar! Um continuou a estudar com o auxílio da namorada, os outros viram que havia dificuldades e pararam de estudar” (excerto da entrevista nº 16)

Ainda no decorrer das experiências de vida do próprio indivíduo fomos explorar a situação profissional para perceber se houve ou não dificuldades a este nível.

Gráfico 18 – Consequências a Nível Profissional



Fonte: Entrevistas do Estudo

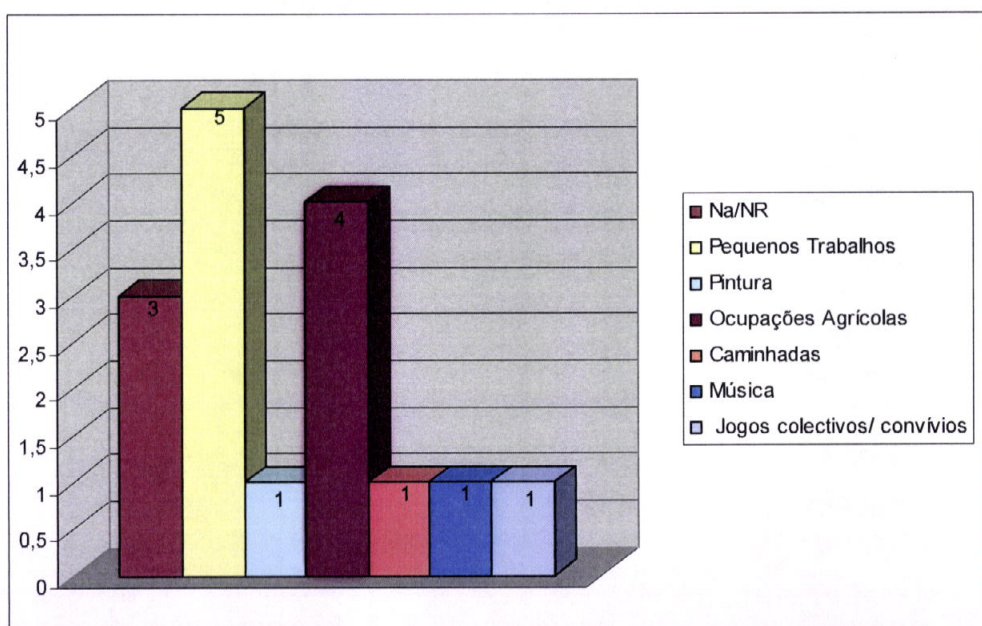
Anexo 5, quadro 15

Percebemos que grande parte dos indivíduos estudados tiveram a facilidade de readaptar o seu local de trabalho à sua nova condição física, mas também verificámos que muitos foram reformados pela doença, não nos podemos esquecer que estamos a falar de indivíduos jovens em idade activa o que pode influenciar no desenvolvimento económico da região onde a população é maioritariamente idosa e inactiva.

Muitos dos doentes que foram reformados pela doença necessitam, por vezes, de fazer trabalhos paralelos para poderem ter um dinheiro extra para que possam sustentar o orçamento familiar. “Fui logo reformado pela doença, mas tive de trabalhar mesmo de baixa. Sabe a necessidade?!” excerto da entrevista n° 23.

Fomos então tentar perceber o que cada indivíduo fazia como ocupação diária. No entanto sentimos a necessidade de dividir o grupo em dois, nos que continuam a trabalhar e nos que estão reformados, para perceber o que realmente este último grupo faz como ocupação do tempo diário.

Gráfico 19 – Ocupação Diária dos Indivíduos Reformados



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 16

Podemos verificar pela análise do gráfico 19 que a maioria dos indivíduos que se encontram reformados se dedicam ou a pequenos trabalhos ou a ocupações agrícolas, poucos são os que reencaminharam as suas actividades diárias para actividades de lazer, ou caminhadas matinais/ vespertinas que fazem com que a actividade cardíaca melhore.

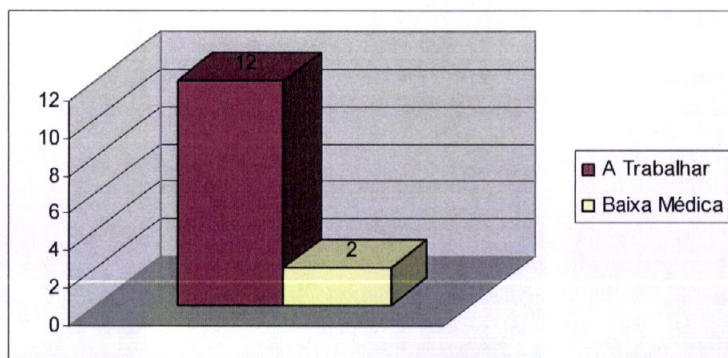
Ainda em referência aos trabalhos agrícolas ou pequenos trabalhos que os sujeitos dizem realizar como ocupação diária, deve-se ainda dizer que estes têm a finalidade de procurar receber um pouco mais de dinheiro para ajudar às despesas do

orçamento familiar tal como podemos perceber pela expressão que se segue: “Ora eu ganho mais ou menos 200€ de reforma e fica quase tudo na farmácia, o que vale é a horta, o negócio.” Excerto da entrevista nº 30.

Quanto à análise dos que ainda estão activos na sua profissão verificámos que a maioria trabalha (gráfico 21), sendo que dois desses doentes se encontravam de baixa médica. Neste grupo que trabalha poderia haver um interesse por actividades de lazer que lhe ocupasse os tempos fora do trabalho de maneira realizarem algum exercício físico e também diminuir a pressão diária, pois não foi de todo o que se verificou visto que as respostas obtidas foram “a trabalhar” excerto da entrevista nº 3 ou “a trabalhar, mas com moderação” excerto da entrevista nº 12.

Parece existir aqui, também falta de informação ou sensibilidade para a necessidade de ocupação de tempos livres, essencialmente na realização de exercício físico, claro que moderado e adaptado às circunstâncias do doente, que seria um importante indicador para a redução do sedentarismo a que todos nos habituamos e que nestes doentes é ainda mais crucial.

Gráfico 21 – Ocupação Diária dos Indivíduos não Reformados



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 17

Volta assim a perceber-se que existe falta de informação quanto à necessidade do exercício físico quer seja no grupo dos reformados ou dos não reformados. Seria importante ao longo do internamento a equipa que trata do doente estar vocacionada para dar informações neste sentido, incutindo ao doente a necessidade de exercício físico de maneira a diminuir o sedentarismo e assim melhorar a função

cardíaca. Qualquer doente, seja com pior ou melhor prognóstico pode fazer uma caminhada diária em plano direito pelo menos trinta minutos.

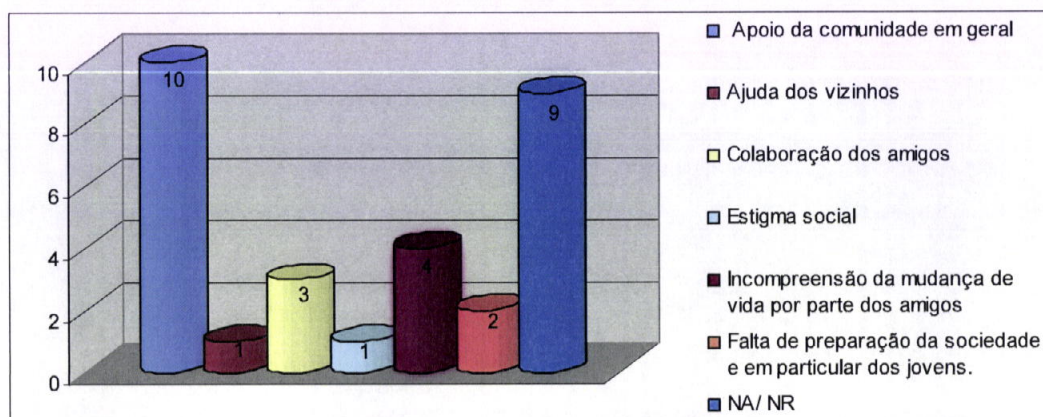
Todo o ser humano além de estar inserido num meio familiar também está inserido no meio social onde habita. Os hábitos, as culturas, as crenças e as religiões mudam de país para país e dentro deste de região para região. Por estes motivos tornou-se importante perceber como é que de alguma forma a comunidade onde cada indivíduo está inserido reagi ao facto deste elemento ter tido esta doença.

Desta análise verificámos, tal como se pode observar no gráfico 22, que a maioria destes indivíduos teve apoio da comunidade em geral ou do seu círculo de amigos o que revela alguma sensibilidade por parte da comunidade para este problema, no entanto houve dois doentes que referiram não achar que a comunidade esteja preparada para este problema devendo-se fazer mais sensibilização à comunidade para que reflectam neste assunto. Houve ainda um deles que referiu inclusivamente que a juventude está muito menos preparada para este problema.

A este nível parece existir pouca informação acerca dos malefícios das drogas, chamadas duras, como um factor de risco para a síndrome coronária aguda.

Existem estudos que apontam para o aumento da probabilidade do enfarte ocorrer em jovens consumidores de cocaína ser 24 vezes maior que em jovens não consumidores desta droga.

Gráfico 22 – Reacção a nível Social em Relação ao Doente



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 18

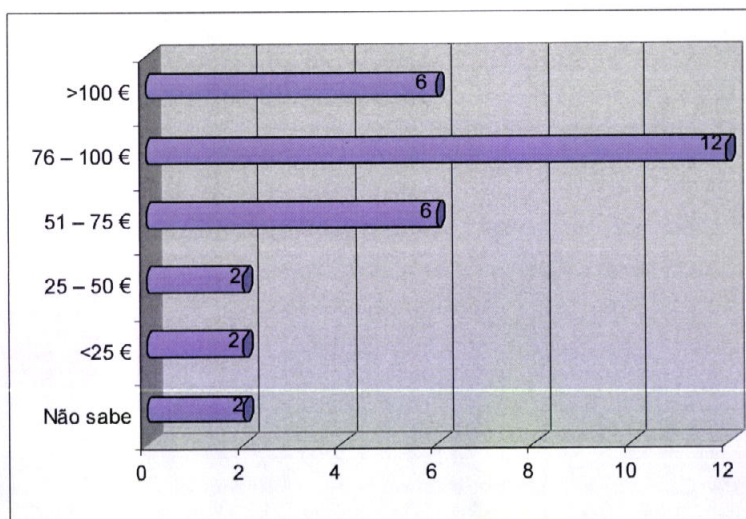
Ainda no que diz respeito à análise da reacção a nível social houve um doente que referiu ter pedido apoio institucional e que não o teve, apesar de todas as dificuldades sentidas, segundo a descrição do doente chegou inclusivé a escrever ao Presidente da República na altura a pedir apoio, este terá ficado sensibilizado mas a segurança social local não terá feito nada no sentido de ajudar ao doente. “Sim tive muitas dificuldades, foi numa altura em que precisava de casa e fui à segurança social e nada...” excerto da entrevista nº 16.

4. Despesas fixas com a doença

Analizando o facto de alguns doentes terem referido fazer alguns trabalhos não para sua distração mas como meio de tentativa de sobrevivência, fomos tentar perceber quanto é que cada um gastava em média só em medicamentos com a sua doença.

Quando foi feita esta pergunta muito poucos foram os que responderam que não sabiam, porque não tinham que fazer contas ao final do mês. Mas também houve quem dissesse que nem sempre podiam fazer os medicamentos porque tinham que comer e o dinheiro não chegava para tudo, “eu sempre ajudei o meu filho como pude, agora já não posso mais, às vezes não faço os medicamentos para poder comer e nem sempre pode ser peixe ou carne.” Excerto da entrevista nº 18.

Gráfico 23 – Despesas Mensais com a Medicação



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 19

Pela análise do gráfico 23 podemos verificar que a maioria dos doentes gasta mais de 50 € só em medicamentos por mês, verificando-se ainda que destes, a maioria gasta entre 76 e 100€, o que parece estar mais de acordo com a realidade, pois as terapêuticas para a redução do colesterol são bastante dispendiosas e não tem tanta participação quanto o desejado, apesar de estar mais do que comprovado por

estudos científicos da eficácia destes medicamentos para o tratamento do colesterol e assim diminuir significativamente a probabilidade de ocorrência das doenças cardiovasculares.

Reflectindo na realidade profissional do grupo, sabemos que a maioria está reformada quer seja pela doença quer já estivesse na altura da ocorrência da doença. O que nos faz pensar como é que estes doentes conseguem manter a vida do agregado familiar com a sua reforma sendo que uma boa parte é para gastos na farmácia só com o próprio.

Claro está, que muito doentes referiram que os gastos na farmácia eram muitos e que por vezes a situação se tornava complicada. “ O meu marido além da pré reforma lá de Bruxelas, vai fazendo uns biscates, porque é muito dinheiro só em medicamentos”, excerto da entrevista nº 26 “ora eu ganho mais ou menos 200€ de reforma e fica quase tudo na farmácia, o que vale é a horta.” Excerto da entrevista nº 30.

Depois de analisar o gráfico 23, sabendo que os fármacos que estes doentes tomam diariamente são bastante dispendiosos e depois de contactado o cardiologista destes doentes, poderemos prever que talvez estes valores estejam sub valorizados devido ao facto de muitos dos doentes não assumirem muitas vezes que não tomam os medicamentos, pelo que estes valores poderão ser ainda mais elevados. O Cardiologista acredita mesmo que a maioria, caso fizesse todos os medicamentos prescritos, gastasse mais de 100 euros por mês só em medicamentos.

Seria interessante fazer um estudo de investigação e perceber quanto é que um doente diabético, doente crónico tal como o cardíaco, gasta em medicamentos e que tipo de participações nos medicamentos tem o diabético e o cardíaco não tem, para perceber onde começam as desigualdades!

5. Propostas de Intervenção Comunitária

O principal objectivo do estudo era perceber como uma rede de apoio baseada em instituições locais, regionais ou de âmbito nacional poderia ajudar à reintegração destes indivíduos. Questionámos então aos doentes como é que seria possível ajudar a superar as dificuldades que eles tinham sentido.

Depois de analisadas as respostas foram algumas as sugestões encontradas.

Pode-se destacar o facto dos doentes sentirem necessidade de apoio psicológico para conseguirem ultrapassar certas questões. “Aquela fase até aos seis meses, o pensar que sou um condenado, um desgraçado, um inútil... não é fácil deixar o tabaco, não é fácil isto e outras coisas.” Excerto da entrevista nº 21.

Apesar de haver um Plano Nacional de Prevenção para as doenças cardiovasculares parece que este não está a chegar ao interior alentejano, pois muitos sugerem que deveria haver mais prevenção, pois se soubessem como prevenir talvez não tivessem tido determinadas atitudes que os acabaram por condenar à doença.

No quadro (3), que se segue, podemos visualizar algumas dessas sugestões.

Quadro 3 – Propostas dos doentes para intervenção comunitária

Propostas de Intervenção	
Identificação da Proposta	Excerto das Entrevistas
Apoio Psicológico	<p>“O ideal era ter profissionais para que nos pudessem orientar a nível psicológico.”</p> <p>“Umas consultas de psicologia...”</p>
Gabinete de apoio ao doente cardíaco com horário acessível para prevenção futura	<p>“Um gabinete onde as pessoas possam falar um bocadinho. Tal como há para os diabéticos podia haver para os cardíacos...uma consulta que ajudasse as pessoas a entender o que aconteceu e que as orientasse para que não voltasse a acontecer.”</p> <p>“Mais informação, mais consultas, mais esclarecimentos. Fui visto pelo cardiologista em Março ou Abril e agora já só em Setembro (eu disse que o cardiologista era só um) respondeu: por isso mesmo, o nosso governo deveria ver essas situações. A nossa saúde é só porto Lisboa e Coimbra. O Alentejo é visto como uma ilha deserta. Deveria haver mais médicos.”</p>
Divulgação sobre a doença	<p>“Divulgação acerca do problema”</p> <p>“... Nós devíamos apostar muito na medicina preventiva...”</p>

Frequência de cursos/acções de formação	“ A Santa Casa é que costuma fazer cursos para as pessoas se distraírem”
Maior participação nos medicamentos	<p>“Comparticipação maior nos medicamentos”</p> <p>“Os problemas, que podiam resolver era os medicamentos. Não é que eu tenha muitas necessidades, mas tenho os meus filhos no ensino superior e a minha mulher não pode trabalhar.”</p>
“Clube do doente do coração” (onde se organizassem caminhadas, reuniões de grupo com doentes com a mm doença)	<p>“Como há para os diabéticos, haver para os doentes cardíacos: clube do doente do coração”</p> <p>“Reuniões de grupo onde pudéssemos falar do nosso problema, existe muita gente não somos só nós.”</p> <p>“Como há uma instituição para o cancro, devia haver uma igual para nós...”</p>
Readaptar a actividade profissional à incapacidade provocada pela doença para evitar reformas precoces	“Mantinhm-se activas, um esquema em que a segurança social dava um x e o patrão outro x e as pessoas mantinhm-se activas, com trabalhos adequados ao problema.”
Medicina preventiva junto da população	<p>“Nós devíamos apostar muito na medicina preventiva ... É um problema de hábitos, cultura, mentalidade, há aqui uma série de coisas a serem alteradas, para dar qualidade de vida às pessoas.”</p> <p>“Deveria haver informação junto dos doentes e aos outros que nunca o tiveram.”</p>
Sensibilização dos profissionais dos centros de saúde	<p>“...lá no centro de saúde os médicos de família não ajudam nada...”</p> <p>“ Os profissionais lá (Centro de saúde) deviam estar mais sensibilizados.”</p>

Fonte: Entrevistas dos Doentes

Neste tipo de sugestão pareceu unânime que os doentes queiram prevenção junto do mesmo, não por cartazes afixados e que ninguém lê porque a rotina muitas vezes nem permite que se olhe para este tipo de publicidade.

Ainda no que diz respeito ao plano nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares uma das propostas de intervenção é a de desenvolver acções de formação de maneira a que os profissionais de saúde passem a desenvolver melhor a sua prática nesta área. No entanto também foi sugerido por alguns doentes o envolvimento dos profissionais de saúde, principalmente dos centros de saúde para que estivessem mais sensibilizados para este problema. “Os médicos podiam falar mais com os doentes, mandar fazer mais exames, lá no centro de saúde os médicos de família não ajudam nada e depois estamos sempre a mudar de médico de 6 em 6 meses” excerto da entrevista nº 6. Na realidade este é outro dos problemas que temos

no interior do nosso país, a fixação dos médicos nos postos de saúde existentes no interior.

Outra proposta muito solicitada foi que houvesse uma organização tipo um clube dos doentes cardíacos, onde estivessem profissionais qualificados a ajudar estes doentes e que lá houvesse entre várias actividades consultas de grupo onde pudessem perceber que não são os únicos a padecer deste mal. “Devia haver também, assim como há para os diabéticos, haver para os doentes cardíacos: clube do doente do coração. Nesse clube podíamos organizar caminhadas, sessões de esclarecimento. Uma sede seria o ideal para as pessoas se poderem juntar e falar, reuniões de grupo onde pudéssemos falar do nosso problema, existe muita gente não somos só nós.” Excerto da entrevista nº 12.

Tentou ainda perceber-se que instituições poderiam colaborar neste projecto. Nem todos os doentes responderam a esta questão, ou por medo ou simplesmente porque não sabiam quem haveria de ser envolvido.

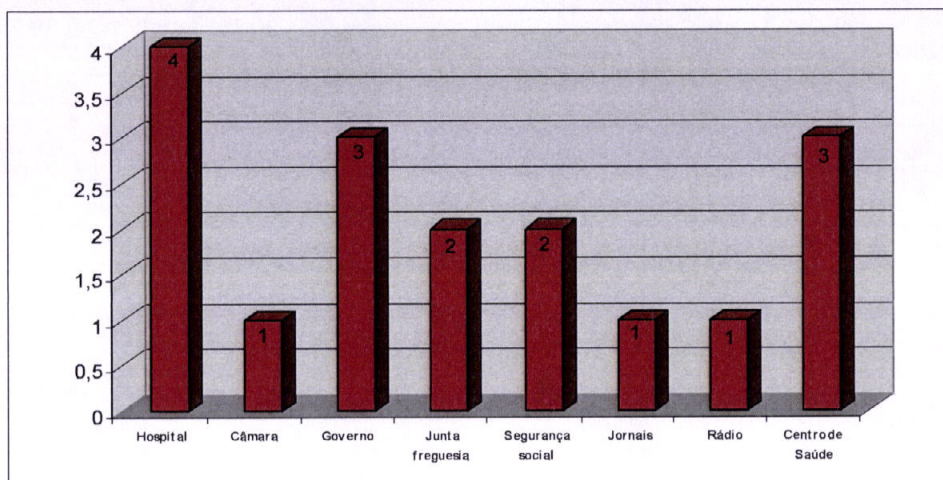
Mas do resultado desta questão pode-se observar que as sugestões não deixaram de ser interessantes.

Das sugestões que foram dadas pelos doentes, destaca-se o hospital e o centro de saúde, talvez porque são as duas instituições que estão mais perto do próprio doente.

No entanto, também se pode ver através do gráfico 24 que o governo deveria ser envolvido tal como as juntas de freguesia e a segurança social.

As sugestões que deram origem à rádio e aos jornais seriam uma forma de divulgação para que a informação chegasse a todos os doentes.

Gráfico 24 – Sugestões de Entidades a Envolver



Fonte: Entrevistas do Estudo

Anexo 5, quadro 20

Depois desta análise e na tentativa de perceber como é que estas instituições poderiam colaborar, verificámos que existe em cada um dos concelhos da área de influência do hospital onde foi recolhida a amostra (Elvas) um Programa de Rede Social, que integra várias instituições públicas e privadas de cada concelho em questão e que tem um grupo de trabalho que anualmente realiza um plano de actividades a desenvolver nas várias vertentes sociais.

As redes sociais surgiram no âmbito de um projecto do governo pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 - de 18 de Novembro, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de Junho.

Estas Redes foram criadas com o intuito de ajudar a resolver a partir das entidades locais problemas diagnosticados nas próprias localidades. São compostas por parceiros públicos e/ou privados que trabalham em parceria em programas de âmbito social e formam o CLAS (Concelho Local de Acção Social).

Segundo Baltazar (2004:11), a rede social coloca-nos perante “uma política social activa que impulsiona um trabalho de parceria alargada e cuja metodologia incide sobre a planificação estratégica de intervenção social local”.

Esta estreita planificação deve partir das relações estreitas entre os parceiros que fazem parte destas Redes Sociais, que devem trabalhar com o intuito da perspectiva do desenvolvimento de pessoas e/ou grupos que se verifiquem em

situações de pobreza ou exclusão social. Assim, estes órgãos poderão melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

Aquando da Resolução do Conselho de Ministros, foram realizados projectos de Redes Sociais apenas em alguns concelhos, de forma a poder-se verificar qual o impacto destas Redes na sociedade, hoje em Portugal praticamente todos os concelhos têm uma Rede Social activa que diagnostica e desenvolve projectos afim de minimizar os problemas sociais dos seus concelhos.

Dos quatro concelhos (Elvas, Monforte, Arronches e Campo Maior) da área de influência deste estudo todos têm Rede Social. Tivemos por isso a necessidade de nos dirigimos a estes concelhos para perceber como funcionavam estas Redes Sociais e ter conhecimento acerca dos eixos prioritários da sua intervenção estratégica. Nesse sentido realizámos entrevistas às Técnicas responsáveis pelas mesmas.

Verificámos que em qualquer um dos concelhos o Programa de Rede Social existe e tem vários parceiros quer privados quer públicos, a nível da saúde os parceiros integram o hospital de Elvas, os centros de saúde locais e a Cruz Vermelha Portuguesa.

Da análise dos diagnósticos sociais a que tivemos acesso verificámos existir algumas carências identificadas no diagnóstico ao nível do sector da saúde.

As principais carências verificam-se na insuficiência de recursos humanos e meios técnicos das instituições de saúde que por sua vez não conseguem muitas vezes dar respostas às necessidades dos seus utentes.

Podemos verificar também pela análise destes estudos e correspondentes planos que existe uma grande percentagem de doenças cardiovasculares diagnosticadas na população destes concelhos.

Aquando da elaboração dos diagnósticos sociais foram identificadas algumas preocupações/ problemas na área da saúde, pese embora termos verificado ao questionar as Técnicas acerca dos planos de desenvolvimento social e pela consulta dos mesmos, que em nenhum dos eixos de intervenção concelhia estava incluída a problemática central do presente estudo. No entanto, de uma maneira geral, qualquer uma das Técnicas ficou sensibilizada para os problemas levantados pela investigação.

Identificámos através da Técnica responsável pela Rede Social do concelho de Arronches a existência da Plataforma Intermunicipal¹. Sendo possível desta forma levar o problema, identificado no presente estudo, não só aos 4 concelhos da área de influência do hospital em causa, mas a todo o distrito de Portalegre. Pois deste órgão fazem parte todas as entidades a nível distrital como é o caso da ARS Alentejo, fazendo com que todas as Redes Sociais trabalhem com base num projecto distrital.

Foram identificados pelas Técnicas das Redes Sociais alguns constrangimentos no que respeita ao funcionamento pleno das parcerias, devido particularmente à dificuldade de mobilização e envolvimento das diversas entidades locais/regionais.

No entanto, disponibilizaram-se para ajudar estes doentes através de outros programas existentes nos municípios; assim para doentes com idades superiores a 60 anos e de acordo com os regulamentos destes projectos, a ajuda financeiramente em 25 % das despesas com medicamentos. Apoio psicólogo por parte do profissional da câmara, no centro de saúde local ou na Santa Casa da Misericórdia. E ainda, em Maio, altura em que a Câmara Municipal em parceria com o Centro de Saúde, realizam uma semana dedicada às questões da saúde, se desenvolvessem actividades que promovessem a sensibilização da população para as doenças cardiovasculares, como a prevenção primária e secundária, cursos de alimentação, rastreios de pressão arterial, colesterol, diabetes, entre outros.

Verificámos ainda, que existe uma rede de cuidados continuados que está implementada já em alguns destes concelhos. Estas redes de cuidados continuados estão mais voltadas para o doente idoso e acamado, no entanto parece útil perceber que os doentes coronários também necessitam de cuidados que são continuados, por isso com vista à racionalização de recursos, poderia aproveitar-se o espaço físico e os profissionais para desenvolver este tipo de projectos.

Foi ainda possível contactar com o único cardiologista do concelho, que referiu ser importante a implementação rápida de um sistema informático, onde

¹ Órgão do qual fazem parte algumas redes sociais e entidades a nível distrital e que gere os problemas levantados pelas várias redes sociais de forma a garantir um plano anual para as suas redes, garantindo assim que todas trabalhem em parceiras efectivas e dinâmicas.

fosse criada uma base de dados com as informações dos doentes e que esta tivesse implementada a nível quer dos cuidados primários de saúde (centros de saúde) quer a nível hospitalar, assim quando um profissional de saúde necessitasse de informações de um indivíduo tinha acesso a esse banco de dados e saberia toda a informação acerca do doente, tal como também poderia dar informações para essa base de dados e o outro colega ficaria a saber toda a informação nova acerca do mesmo.

Nesta base de dados os técnicos de saúde da área de especialidade poderiam trocar informações e traçar linhas orientadoras da recuperação dos doentes, isto é, a necessidade de existir interacção entre os cuidados de saúde primários com o hospital, poderia ajudar à prevenção dos factores de risco.

Deste contacto, foi também possível perceber a falta de recursos humanos e de equipamentos que existe não só no Alentejo como em todo o interior do nosso país, o que dificulta a um grupo menor estar activo em todas as frentes. Referiu ainda sentir a necessidade de criar um hábito em que incutisse no espírito do doente durante o internamento a vontade de realizar exercício físico depois da alta, de uma forma controlada e adaptada a cada situação. Devido à falta de recursos económicos do grupo de doentes que tem, esta sensibilização não passaria por mais gastos e agravamentos no orçamento familiar, mas por caminhadas ao ar livre e que não têm quaisquer custos para o doente.

Percebeu-se ainda que este médico está muito sensibilizado e sabe que o grupo de doentes que trata tem fracos recursos económicos. No entanto, ele é apenas só um elemento médico da especialidade na Unidade Local de Saúde o que o limita para poder dar mais atenção a outros factores que não os do tratamento específico para a doença. Sabe, no entanto, que seria muito importante ter o apoio das especialidades de psicologia, nutrição e serviço social para um melhor encaminhamento do doente, mas também percebe que os recursos são escassos. Segundo ele, também poderia envolver-se a unidade de cuidados continuados, que estará a funcionar brevemente neste hospital para o encaminhamento destes doentes, pois tal como referimos, os cuidados continuados não deveriam estar apenas voltados para o idoso, doentes acamados e terminais, mas para todos os que necessitam de cuidados continuados, tal como este grupo de doentes.

Importa ainda dizer, que seria importante desenvolver um projecto de maneira a que se colocassem em prática os jogos tradicionais onde se poderão envolver as associações desportivas e recreativas locais, caminhadas adaptadas a estes doentes, reuniões de esclarecimentos acerca de como prevenir os factores de risco, consultas de apoio psicológico através das unidades de saúde do concelho, consultas da especialidade de nutrição para orientação dos hábitos alimentares e ainda apoio do serviço social de maneira a realizar uma reintegração social mais adequada a cada indivíduo.

Parece também ser importante uma sensibilização de todos os profissionais de saúde que estão ou poderão vir a estar mais envolvidos com estes doentes e dar-lhes formação no sentido de estarem mais atentos às necessidades destes, pois algumas das referências iam no sentido da falta de sensibilização dos profissionais dos centros de saúde, que acabam por estar mais perto do doente a partir do momento em que este tem alta, visto que o hospital é visto como o local onde se trata a doença.

Existe em Portugal, a Fundação Portuguesa de Cardiologia que lança projectos à comunidade de maneira a que esta esteja activa e que possa estar informada acerca de como combater os vários factores de risco.

Esta Fundação lança por ano vários projectos muito interessantes e que poderiam ser de certa maneira adaptados à realidade no Alto Alentejo.

De entre os projectos que tivemos informação está o curso de alimentação saudável, de interesse para a região visto que a alimentação alentejana é muito rica em gorduras e condimentada, pelo que haveria todo o interesse em levar até às famílias a forma de cozinhar saudável e comer bem. Os seminários abertos a todos os interessados, doentes ou não acerca da prevenção como forma de comemoração do dia do doente coronário (14 de Fevereiro), rastreios cardiovasculares que se desenvolvem frequentemente nos hipermercados, passeios de BTT em Monsanto, loga, dança, jogos de Badminton, tiro ao arco, xadrês, ténis de mesa, jogos tradicionais e patinagem que se desenvolveu em Sintra, uma marcha realizada com idosos em Faro e várias caminhadas, mas que decorrem quase sempre no Litoral do nosso país e em grande parte nos grandes centros conhecidos.

Todas estas actividades são saudáveis e de fácil adaptação à comunidade em questão.

Esta Fundação tem ainda vários folhetos educativos que distribui nestas ocasiões.

A Fundação certamente teria todo o interesse em estar envolvida neste projecto, pelo que seria também uma organização a envolver nas actividades.

Teríamos que envolver as associações desportivas do concelho de maneira a que se desenvolvessem actividades desportivas sempre adaptadas aos doentes coronários.

Poderia também desenvolver-se actividades campestres entre estes doentes e a comunidade, de maneira a que houvesse uma partilha de conhecimentos e assim alertasse os que ainda não sofreram desta doença, mas que são potenciais candidatos, para os perigos que estão à nossa volta e que às vezes teimamos em não ver.

Estas actividades também poderiam ser alargadas aos mais novos, envolver as crianças do concelho numa actividade onde os mais velhos fossem os protagonistas de ensino de jogos tradicionais, que hoje já não são comuns nas brincadeiras das crianças, ou num passeio campestre na identificação da fauna /flora característicos da região.

Além destas actividades e com o apoio de profissionais qualificados poderiam ser criadas reuniões para trocas de experiências entre grupo de doentes coronários, onde os mais recentes se pudessem ver envolvidos num apoio social que os mais velhos não tiveram.

Seria interessante envolver o “clube da marcha”, que existe dentro do Hospital de Elvas, para dinamizar e organizar caminhadas adaptadas para a população em questão. As caminhadas são aconselhadas pelas principais organizações de cardiologia, pois envolvem não só exercício físico que pode ser adaptado a qualquer um como também outros aspectos que se relacionam com a natureza.

Claro que esta rede de instituições a envolver para lançar projectos não poderá ficar estática e terá que dinamizar não só a cidade de Elvas como estendê-la às localidades vizinhas e que fazem parte do concelho, por isso temos vindo a falar do concelho e não da cidade em si.

Persiste a convicção de que com todas estas actividades, os doentes coronários e a população em geral ficassem mais alerta para a prevenção primária/ secundária e

assim dinamizava-se uma população que não tem actividades desenvolvidas com o fim de apoio social e prevenção das doenças cardiovasculares.

Decorrente da situação diagnosticada anteriormente, identificou-se assim, a necessidade de criar um projecto de intervenção comunitária que poderá ser levado junto da Plataforma Intermunicipal, envolvendo desta forma todas as entidades anteriormente citadas, desenvolvendo assim um plano de acção a fim de minimizar os problemas levantados por esta investigação.

5.1 Proposta de Projecto “+ *Qualidade de Vida para os Doentes Coronários*”

O planeamento em saúde é considerado uma metodologia de intervenção que permite compreender a realidade dos factos observados, construindo-se um plano futuro com base em objectivos adequados seleccionando estratégias de actuação e operacionalizando-as.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993: 23) o “planeamento da saúde como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.”

Desta forma o planeamento em saúde é um processo contínuo de mudança no qual se pretende realizar actividades onde existe previsão de recursos e serviços necessários, de maneira a atingir os objectivos estabelecidos anteriormente.

A mudança planificada implica a necessidade de se fazer um planeamento com determinados passos que devem ser tidos como as linhas de intervenção a cumprir e monitorizados a fim de alcançar a mudança pretendida.

A mudança pode visar objectivos e ter como alvo pequenos, médios, grandes grupos ou toda a população da organização/área territorial onde se quer implementar os objectivos do planeamento previamente realizado.

Se a população for alertada para a mudança que vai acontecer e for informada acerca desses projectos, ela terá maior propensão para participar

conjunto de questões no âmbito da Metodologia do Quadro Lógico (Programa DeL Net, 2002).

1. Qual é o Problema?

Depois de realizada uma análise ao estudo efectuado a indivíduos com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio e idade inferior a 65 anos da Unidade Hospitalar de Elvas conseguiu-se perceber algumas dificuldades de respostas aos mesmos no que diz respeito ao apoio social, psicológico, nutricional, médico e profissional.

2. Dispõe-se de toda a informação relevante para se estudar o problema?

Foi necessário realizar um estudo qualitativo para que se obtivessem todas as repostas necessárias afim de estudar o problema, por isso neste momento dispõe-se de informação para melhor se compreender o problema em causa.

3. Quais são os elementos essenciais do problema?

Falta de um programa local/sub-regional de reinserção social e reabilitação cardíaca para a população em causa.

4. Que outros aspectos (sociais, políticos, económicos...) estão relacionados com o problema?

- Falta de programas de reeducação para a saúde a estes doentes,
- Falta de apoio psicológico e dietético,
- Falta de orientações técnicas aos profissionais dos centros da saúde para os cuidados a ter com estes doentes,
- Pouca comparticipação nos fármacos,
- Publicidade generalizada nos Mass Media e sob a forma de cartazes que não chegam à população de uma forma eficaz,

- Escassez de recursos humanos que permitam a implementação de consultas de seguimentos em meio hospitalar a estes doentes,
- Reduzidas orientações técnicas a estes doentes no que respeita à informação da doença e das novas directrizes que devem dar à sua vida.

5. Existe informações sobre a forma como o problema evoluiu e que esforços foram desenvolvidos para os solucionar?

Apesar de existirem estudos a demonstrar que os programas de reabilitação cardíaca (que incluem apoio psicológico, dietético, consulta de cardiologia entre outros) ajudam este tipo de doentes a ultrapassar os problemas que enfrentam após terem sofrido este tipo de patologia, nesta zona do país não existem programas com vista à solução do problema ou minimização dos impactos.

6. Quais as causas do problema?

O interior do país encontra-se muito “à margem” do que se pode ter enquanto doente, em termos de reabilitação cardíaca quando comparado com os grandes centros do litoral, onde existem vários programas de reabilitação cardíaca.

A falta de recursos humanos e técnicos, que são sobejamente conhecidos no interior, o que limita a instituição hospitalar e o serviço de cardiologia a desenvolver esse tipo de programas.

A nível local existem os Programas das Redes Sociais, que embora façam o diagnóstico de carências a nível da saúde, estes acabam por não ter uma linha de desenvolvimento de projectos nesta área que possam ajudar estes doentes.

O facto destes doentes sofrerem um enfarte agudo do miocárdio em idade jovem faz com que fiquem com limitações para toda a sua vida, tal facto influencia não só o próprio doente como a sua vida familiar, visto que existem mudanças que ao serem impostas ao doente acabam por o ser também aos seus familiares.

O factor económico destas famílias, fica também influenciado negativamente, quer porque o doente enfrenta um período prolongado de baixa ou porque é reformado antecipadamente pela doença.

A dificuldade que o doente tem em lidar com a situação resulta por vezes em depressões que acabam por dificultar a sua recuperação.

7. Quais as consequências que origina actualmente?

Não existe conhecimento acerca do impacto deste problema na população, no entanto quando falamos destes indivíduos e das suas famílias sabemos que poderão existir consequências psicológicas a nível da falta de auto estima e auto confiança, exclusão social e pobreza destes agregados familiares que se poderão reflectir nas actividades quotidianas essenciais.

8. Quais as repercussões que se pode esperar se não se resolver?

Um maior número de indivíduos com diagnóstico de enfarte agudo do miocárdio em idade activa que não conseguem lidar com as novas condições físicas impostas pela doença aumentando a exclusão social a estes indivíduos e a pobreza em famílias jovens na região.

9. Qual a dimensão actual do problema?

A reabilitação cardíaca existe em Portugal em vários centros quer privados ou públicos, mas estão todos concentrados nos grandes centros a litoral de Portugal (Lisboa e Porto). Quando analisamos a área em questão verificamos não existirem quaisquer programas de reabilitação ou reinserção social a estes doentes.

10. Quais as principais dificuldades para enfrentar o problema?

- Baixa escolaridade dos doentes e fraco conhecimento destes acerca da doença e do novo estilo de vida que devem adoptar,
- Falta de projectos nesta área nas Redes Sociais,
- Escassez de recursos humanos e meios técnicos,

- Fraca adesão dos profissionais dos centros de saúde às sessões realizadas no hospital pelo serviço de cardiologia.

Com as respostas dadas conseguiram-se identificar as causas do problema que podem ser minimizadas ou extintas através deste projecto de intervenção:

- A nível nacional, o insuficiente apoio na comparticipação dos medicamentos e a centralização dos centros de reabilitação cardíaca nos grandes aglomerados urbanos,

- A nível local/sub-regional, a inexistência de projectos no âmbito das Redes Sociais que possam contribuir para a obtenção de respostas aos problemas identificados neste grupo de doentes,

- A nível hospitalar, é a insuficiência de recursos humanos e meios técnicos o principal problema para o desenvolvimento de uma consulta de reabilitação cardíaca que integre apoio psicológico, apoio social, apoio nutricional, esclarecimentos acerca da doença,

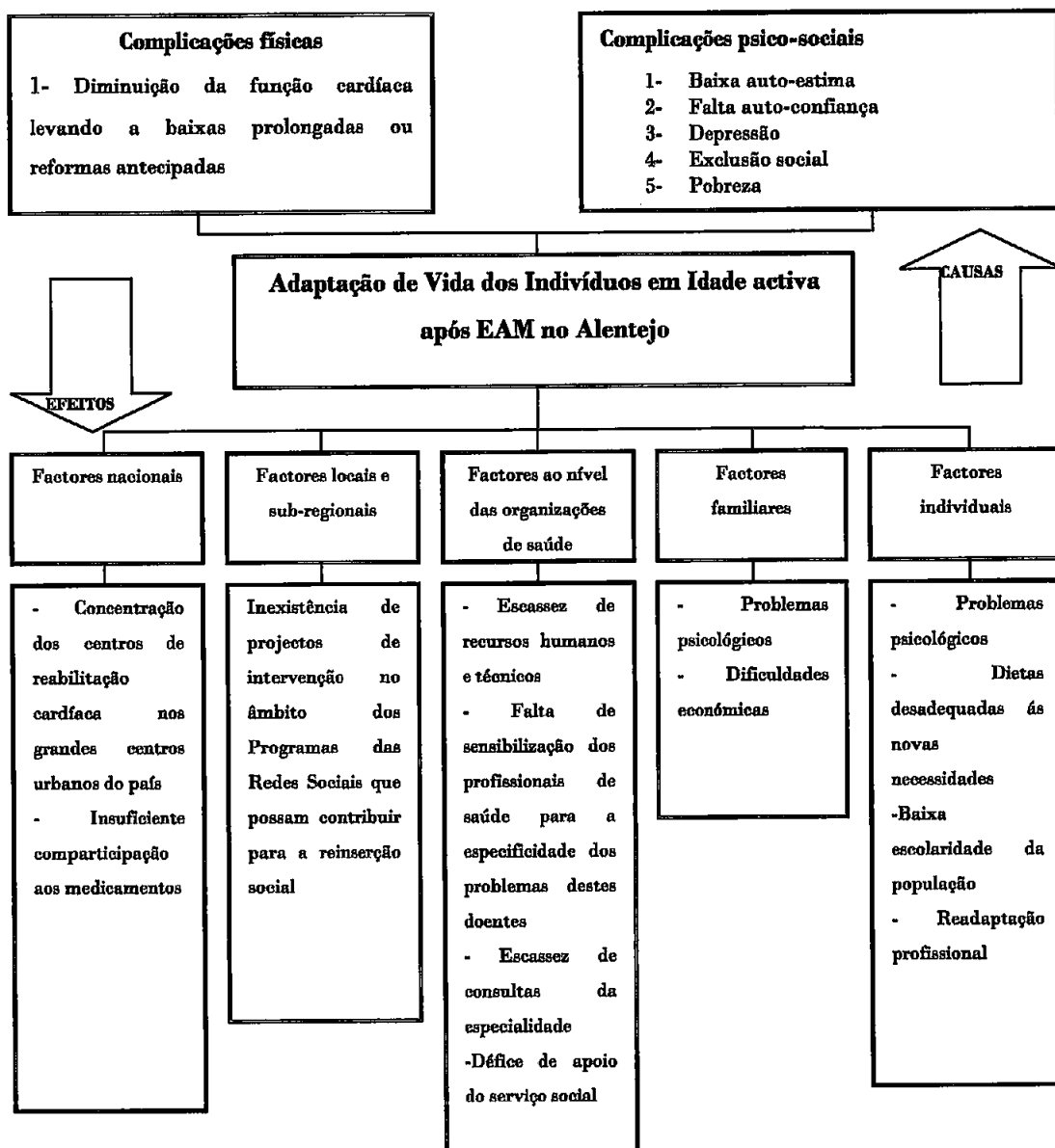
- Quanto aos centros de saúde, o défice de informação especializada nos Técnicos de Saúde que lá trabalham faz com que haja uma diminuição da sensibilidade para estas questões, no entanto também quando existem sessões de esclarecimento organizadas pela cardiologia existe pouca aderência da parte destes profissionais,

- Quando transpomos o problema para a família percebemos que existem dificuldades psicológicas e económicas que muitas vezes condicionam a adaptação dos agregados familiares à nova situação imposta pela doença,

- Se analisarmos os factores individuais de cada doente, conseguimos perceber que a falta de apoio técnico especializado (psicologia, nutrição, enfermagem, assistência social, etc.) para se entender e conseguir ultrapassar as dificuldades impostas pela doença e que o facto destes doentes estarem muito tempo de baixa ou serem reformados antecipadamente, faz com que passem a ter baixos recursos económicos, fazendo destes um alvo fácil para a exclusão e pobreza social.

Depois de todo este exercício afim de se conseguir identificar os problemas construiu-se uma árvore de problemas que pudesse mostrar as relações causa efeito entre eles.

Gráfico 25 – Árvore de Problemas



5.1.3 Definição de Finalidades e Objectivos

Existe com isto necessidade de agir em conformidade com os problemas encontrados definindo por isso os objectivos para este projecto.

Os objectivos servem para orientar as acções de qualquer projecto, sendo por isso elaborados em função das suas finalidades.

Segundo Imperatori e Geraldês (1986: 11) “a fixação de objectivos quantificados é imprescindível à avaliação de resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.”

Finalidades

As finalidades deste projecto têm por fim ajudar à reinserção social dos doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio, nomeadamente:

- Envolver as comunidades locais/sub-regionais para o desenvolvimento de actividades lúdicas acerca da doença coronária,
- Contribuir para o apoio psicológico destes doentes,
- Promover cursos de formação para uma melhor adaptação quer do doente ou da família,
- Promover sessões para a sensibilização dos profissionais dos centros de saúde para esta problemática.

Objectivos Gerais

- Diminuir o risco de exclusão social,
- Reforçar a prevenção primária e secundária dos factores de risco para as doenças cardiovasculares,
- Reduzir o impacto psicológico nos doentes e suas famílias,
- Contribuir para a formação desta população acerca dos benefícios de uma dieta alimentar,
- Promover respostas sociais às famílias em risco de pobreza,
- Diminuir o sedentarismo nestes doentes, proporcionando-lhe actividades físicas adaptadas.

Objectivos Específicos

- Promover acções para que os indivíduos se sintam úteis à sociedade,
- Promover o exercício físico adaptado a estes doentes,
- Contribuir com apoio monetário na aquisição dos fármacos,
- Contribuir com sessões formativas/sensibilização para o decréscimo do impacto psicológico nas famílias,
- Encaminhar os doentes para os serviços sociais locais aumentando o apoio social às famílias, principalmente quando com filhos menores,
- Formar o pessoal dos centros de saúde acerca dos problemas “não visíveis” destes doentes,
- Realizar reuniões de discussão entre doentes com acompanhamento profissional,
- Realizar actividades de lazer para a ocupação dos tempos livres, envolvendo a comunidade,
- Realizar acções de formação/sensibilização com a população em geral para prevenção primária,
- Promover acções de formação/sensibilização para a população específica acerca da prevenção secundária.

5.1.4 População Alvo, Selecção de Estratégias e Actividades

Segundo Imperatori e Giraldes (1986) a etapa que se segue é uma das etapas mais importantes do processo de planeamento em saúde.

Com esta etapa pretende-se identificar não só a população a quem é dirigido o projecto mas também seleccionar estratégias de modo a que se verifique uma diminuição dos problemas de saúde a que eles estão sujeitos.

Uma estratégia deve ter em conta um conjunto de técnicas de forma organizada com a finalidade de se alcançar um objectivo anteriormente desenhado, verificando-se assim a redução de um problema identificado (Imperatori e Giraldes, 1986).

População Alvo

Este projecto visa abranger toda a população dos concelhos envolvidos no estudo que tenham sofrido um enfarte agudo do miocárdio.

Seleccção de Estratégias

Nesta fase, pretende-se enumerar as estratégias a adoptar para alcançar os objectivos propostos anteriormente. Por isso elas assentam não só na prevenção primária e secundária, como na reeducação alimentar, no acompanhamento destes doentes e familiares pelos serviços sociais locais, acompanhamento psicológico e actividades que permitam a ocupação de tempos livres.

E1. Promover a celebração do dia do doente coronário (14 de Fevereiro)

E2. Criar consultas de apoio nutricional e psicológico para estes doentes e suas famílias

E3. Definir orientações técnicas que contribuam para a adaptação do novo estilo de vida e divulgá-las com as equipas de saúde locais/sub-regionais

E4. Reforço de dinâmicas locais e inter-concelhia no âmbito das Redes Sociais visando a mobilização no apoio a estes doentes

E5. Promover cursos de formação para as equipas multidisciplinares das várias instituições de saúde locais sobre as necessidades destes doentes

E6. Desenvolver workshops entre doentes coronários e especialistas da área;

E7. Promover cursos de formação acerca da prevenção secundária para estes doentes e suas famílias

E8. Promover iniciativas que fomentem a participação do movimento associativo e que reforcem a divulgação das actividades culturais e desportivas com a finalidade de propagar a adopção de estilos de vida saudáveis.

Estratégias de colheita / análise de informação e sistemas de acompanhamento

E9. Desenvolver um conjunto de sistemas de colheita de informação, permitindo um conhecimento detalhado e actualizado dos doentes no que diz respeito à reeducação nutricional e apoio sócio-psicológico

E10. Monitorizar e avaliar as acções programadas com vista ao aumento da qualidade de vida dos doentes coronários.

Recursos e Parcerias

O projecto deverá ser desenvolvido a nível local (em cada um dos concelhos identificados pelo estudo) e deverá estar sob a responsabilidade uma equipa de gestão do projecto. Esta deverá integrar obrigatoriamente profissionais de saúde, psicologia, serviço social e nutricional.

Todos os parceiros do projecto deverão ser envolvidos no mesmo desde o seu início, devem incluir nomeadamente:

- As Redes Sociais de Elvas, Campo Maior, Arronches e Monforte
- A Unidade Hospitalar de Elvas
- Os centros de saúde de Elvas, Campo Maior, Arronches e Monforte
- Associações Recreativas Locais
- Indústrias ou empresas Locais
- Clínicas Privadas

Plano de Actividades a Desenvolver

Chegado a esta fase do projecto importa dizer que estamos perante uma fase em que se deverá desenvolver um conjunto de actividades necessárias para executar quer seja parcial ou totalmente uma determinada estratégia definida anteriormente (Imperatori e Giraldes, 1986)

Assim iremos definir várias actividades (quadro 4) segundo as estratégias anteriormente enumeradas com a finalidade de atingir os objectivos propostos no início do projecto.

Quadro 4 – Actividades a Desenvolver

ESTRATÉGIA	ACTIVIDADES
E1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover reuniões de discussão entre a população e os doentes coronários locais 2. Desenvolver rastreios cardiovasculares
E2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criar e disponibilizar manuais onde se informe das mudanças alimentares a verificar 2. Promover consultas logo após a alta hospitalar para orientações nutricionais e dietéticas aos doentes e suas famílias 3. Solicitar apoio psicológico ainda no internamento 4. Promover consultas de apoio psicológico nos primeiros 6 meses do aparecimento da doença aos doentes e famílias
E3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Criar e disponibilizar ainda no internamento um manual do doente coronário 2. Promover cursos de formação nos centros de saúde locais para a prevenção primária das doenças cardiovasculares 3. Disponibilizar informação gratuita através de brochuras a cada um dos participantes nestas formações 4. Implementar nas unidade de saúde locais vídeos de informação sobre o que são doenças cardiovasculares e como as prevenir 5. Disponibilizar nos vários serviços públicos locais informação sobre a doença e sua prevenção
E4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover a participação das entidades parceiras no âmbito das Redes Sociais nas iniciativas programadas para estes doentes 2. Promover o apoio monetário para aquisição dos medicamentos

	3. Contribuir para a sinalização dos casos de pobreza/exclusão social
E5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desenvolver com o serviço de Cardiologia da Unidade Hospitalar de Elvas, sessões de informação e formação acerca dos problemas e cuidados a ter com estes doentes 2. Envolver todos os Profissionais de Saúde das instituições de saúde nestas sessões
E6	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promover sessões entre doentes coronários para debate dos seus problemas com apoio de profissionais qualificados para a sua orientação 2. Divulgar junto dos doentes coronários estas sessões
E7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementar cursos de formação periódicos sobre a prevenção secundária para doentes coronários 2. Envolver a Fundação Portuguesa de Cardiologia nestas sessões
E8	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar cursos de culinária para doentes coronários com a participação da Fundação Portuguesa de Cardiologia 2. Promover, com o apoio do Clube da Marcha da Unidade Hospitalar de Elvas, caminhadas adaptadas a doentes cardíacos mensalmente divulgando-as nos Mass média locais 3. Organizar um conjunto de actividades que envolvam as várias entidades locais e estes doentes de forma a mantê-los activos e dinâmicos
E9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recolher informação semestral junto dos doentes e técnicos de saúde acerca do estado de evolução psicológico e social destes doentes 2. Monitorizar a reeducação nutricional com questionários realizados pelos profissionais da área da dietética
E10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar e avaliar as mudanças que os doentes coronários obtiveram com o apoio dos programas implementados 2. Avaliar o apoio social disponibilizado aos doentes e suas famílias 3. Avaliar a mobilização de entidades locais /sub-regionais e profissionais de saúde nos programas implementados.

5.1.5 Calendarização e Orçamentação

Este Projecto terá a duração de três anos em conformidade com a duração dos projectos dos Programas das Redes Sociais.

Tabela 1 – Calendarização do Projecto

Mês	Primeiro Ano												Segundo Ano												Terceiro Ano														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Actividade																																							
1																																							
2																																							
3																																							
E1.1																																							
E1.2																																							
E2.1																																							
E2.2																																							
E2.3																																							
E2.4																																							
E3.1																																							
E3.2																																							
E3.3																																							
E3.4																																							
E3.5																																							
E4.1																																							
E4.2																																							
E4.3																																							
E5.1																																							

[illegible]

Legenda:

- 1- Identificação dos problemas
 - 2- Diagnóstico da situação
 - 3- Definição de finalidades, objectivos, estratégias e parcerias
 - 4- Avaliação do Projecto
 - 5- Relatórios
- EL.1 a EL10.3 – Estratégias e Actividades

De seguida torna-se necessário calcular o orçamento do projecto, é de salientar que os profissionais envolvidos nestes projectos irão fazê-lo no seu horário de trabalho e muitas das actividades desenvolvidas serão realizadas no âmbito dos Programas das Redes Sociais. Assim nem todas as actividades constituem custos ao projecto.

Segue-se a tabela (2) que se realizou para poder fazer esses cálculos.

Tabela 2 – Orçamento para a realização de todas as actividades do projecto

Actividade	Recursos materiais necessários	Custo estimado em Euros
E2.1 – Criar e disponibilizar manuais onde se informe das mudanças alimentares a verificar	Trabalho de impressão gráfica	500€
E3.1 – Criar e disponibilizar ainda no internamento um Manual do Doente Coronário	Trabalho de Impressão gráfica	500€
E3.3 – Disponibilizar informação através de brochuras a cada um dos participantes	Papel Tinteiros Fotocópias	100€
E3.4 – Implementar nas unidades de Saúde locais vídeos de informação sobre o que são doenças cardiovasculares e como as prevenir	Cassetes Televisão Vídeo	500€
E3.5 – Disponibilizar nos vários serviços públicos locais informação sobre a doença e sua prevenção	Trabalho de impressão gráfica (folhetos, cartazes, brochuras.)	500€
E9.2 – Monitorizar a reeducação nutricional com questionários anualmente	Papel Tinteiros Fotocópias	15 €
Total		2115€

5.1.6 Proposta de Avaliação

Avaliar um processo é sempre um passo de difícil aplicação, pois são vários os factores que podem interferir na sua avaliação, no entanto é importante passar por este processo para que se perceba quais os objectivos atingidos e assim poder reformular estratégias de intervenção para novos projectos.

Segundo Imperatori e Giraldes (1986: 127) “os progressos alcançados com as actividades, serão comparados simultaneamente com a situação e com os objectivos e metas marcadas.”

Segundo Tavares (1990: 213) “o controlo de um projecto realiza-se através de um sistema de retroacção, em que a partir da avaliação da estrutura, do processo e dos resultados, é possível introduzir as necessárias acções correctivas, reformulando-o se necessário”.

Neste projecto são propostos vários momentos de avaliação, eles serão de natureza intercalar, final e circunstancial, pois só uma correcta avaliação e controlo dos projectos permite identificar o estado inicial dos problemas e o estado final após a sua implementação.

Os momentos intercalares serão realizados no final de cada ano civil afim de perceber quais as actividades decorridas que melhoraram a adaptação e qualidade de vida dos indivíduos, estes momentos têm como principais objectivos perceber se será necessário introduzir ou alterar estratégias de intervenção. Quanto aos momentos circunstanciais eles terão lugar em alguns momentos aquando da realização de algumas actividades e o momento final decorrerá no final do triénio, afim de avaliar os objectivos atingidos apresentando os resultados finais aos parceiros envolvidos no projecto.

As principais técnicas de avaliação a utilizar neste projecto serão as de aplicação de inquéritos junto dos profissionais de saúde, dos doentes coronários e das suas famílias.

Também os relatórios serão divididos em relatórios de controlo (realizados no final de cada ano civil) e o relatório final (realizado no final do triénio).

Os relatórios de controlo segundo Tavares (1990), são de suma importância pois permitem à equipa do projecto perceber como estão a decorrer as actividades e implementar medidas correctivas caso sejam necessárias.

Os indicadores de avaliação do projecto incluirão:

- A percepção do grau de satisfação dos doentes coronários
- O número de objectivos alcançados
- Percentagem de actividades realizadas
- A taxa de participação dos profissionais de saúde nos cursos de formação
- Evolução do estado psicológico dos doentes
- Percepção do grau de pobreza das famílias envolvidas no processo
- Compreensão para o grau de pertinência do projecto nas localidades envolvidas
- Evolução das alterações alimentares introduzidas com o apoio nutricional oferecido

Será necessário executar relatórios onde estejam descritos os resultados alcançados nos vários momentos de avaliação e monitorização do projecto. Estes, serão realizados pela equipa do projecto e onde deverão estar inscritos todas as actividades propostas para atingir os resultados esperados, os cronogramas e os parceiros do projecto.

Discussão dos Dados e Conclusão

A doença coronária é sem dúvida uma doença deste século e que deve preocupar a população em geral. Devemos todos tentar manter-nos informados e perceber se estamos dentro dos grupos de risco através dos factores de risco para esta doença. Também sabemos que existem factores de risco que são modificáveis e que outros teremos que viver com eles, pois foram-nos transmitidos através da carga hereditária que adquirimos dos nossos progenitores.

O principal objectivo deste estudo era identificar os problemas que se colocam a indivíduos com o diagnóstico de EAM em idade activa para perceber como a adaptação dos mesmos pode ser facilitada se houver uma rede de instituições, na região em análise, que colaborem entre si com vista ao seu auxílio em termos de reabilitação cardíaca e reinserção social.

Quando começámos a analisar a amostra verificámos que a maioria dos indivíduos era do sexo masculino o que vai de encontro aos estudos já realizados para esta patologia. Quanto à análise da idade podemos concluir que apesar da amostra estar limitada em termos de idade máxima que a amostra não se encontrava no último grupo (mais perto da idade máxima), mas sim no grupo com idades compreendidas entre os 45 e os 55 anos, facto que não nos pode deixar indiferentes, pois estes faziam parte da população jovem e activa da região em estudo.

Na continuação da caracterização geral da amostra podemos constatar que a maioria apenas tem 1º ciclo do ensino básico, o que significa que a maioria apenas tem no máximo a 4ª classe. É facto, que no interior do nosso país existe um abandono precoce da escola, o que faz com que a escolaridade nesta área geográfica seja baixa. Mas poderá também isto estar relacionado com a forma como estes indivíduos irão no futuro lidar com a situação que se lhes impõe. Ora se a escolaridade do grupo é baixa, fomos então verificar se as profissões eram apesar disto profissões melhores ou não. Claro que os resultados aqui não nos surpreenderam pois a maioria está inserida no grupo de trabalho dos trabalhadores não qualificados. Encontrámos um estudo realizado por Rozanski [et al] (2005: 693) que nos fala exactamente desta correlação, quanto mais baixa a escolaridade e as

condições económicas maior a probabilidade de os doentes pertencer aos grupos de risco para doença coronária.

Mas foi também importante perceber o estado civil dos doentes e o seu agregado familiar quanto a descendentes, pois também é sabido que o homem está inserido num grupo restrito de pessoas e que todos nós conhecemos como sendo o grupo familiar. Estes dão apoio e suporte ao indivíduo para conseguir ultrapassar as dificuldades e as alegrias da vida. Aqui verificámos que quase a totalidade era casada e tinha filhos maiores, sendo que apenas uma pequena percentagem tinha filhos menores.

Feita a caracterização da amostra e da qual podemos dizer que todos os dados recolhidos quanto ao próprio sujeito foram de acordo às estatísticas conhecidas, passámos então à análise das causas que poderiam estar por detrás do aparecimento precoce da doença coronária.

A pertinência desta questão prende-se com o facto de tentar perceber se os doentes estavam dependentes apenas dos factores não modificáveis para o aparecimento desta doença ou se por outro lado havia factores regionais, como a alimentação, que estivesse na influência directa para esta questão.

Concluímos desta análise que a maioria tem uma carga hereditária que predispõe para a doença, mas que também existe um grupo relativamente significativo que não tem este factor, pelo que está mais dependente dos factores de risco modificáveis para sofrer de doença isquémica do coração.

Ao analisar os hábitos alimentares percebemos que quase todos os indivíduos tinham incorrectos hábitos alimentares, o curioso nesta questão foi o facto de eles terem referido que eram maus mas que tinham deixado de fumar, como se o tabaco fizesse parte da alimentação do ser humano.

Por isso e apesar de não ter sido um pergunta da entrevista tivemos curiosidade em saber mesmo sem lhes ter perguntado qual a percentagem de indivíduos que fumava, verificámos que quase metade referiu o consumo do tabaco, pelo que podemos concluir que grande parte da amostra era fumadora.

Chegou a hora de perceber como tinha sido a vivência pessoal e familiar na fase aguda da doença e na fase após o diagnóstico desta.

Percebemos mesmo antes de analisar os dados que a reacção do próprio tinha sido uma reacção negativa, pelo que não nos surpreenderam os resultados nesta dimensão.

O facto de um ser humano ter uma reacção negativa a uma determinada questão poderá fazer com que a sua personalidade se altere, pelo que começa a parecer pertinente o acompanhamento do doente logo nesta fase, parece precoce, mas se analisarmos a questão podemos verificar que o facto do doente poder ter uma reacção mais positiva poderá facilitar ao processo de readaptação da sua vida no futuro.

Mais tarde, quando começamos a perguntar quais as sugestões que pretendem dar para melhorar esta questão, eles referem que teria sido muito importante o acompanhamento psicológico na fase inicial da doença para os ajudarem a ultrapassar certos problemas que tiveram, o que vai de encontro à necessidade de acompanhamento destes doentes desde muito cedo, ainda no internamento.

Mas não foi apenas o indivíduo que teve uma reacção negativa ao aparecimento da doença, também a família teve esta reacção. Ora este facto vai ao encontro daquilo que Messa refere em que as famílias quando são afectadas por um problema de saúde de um dos seus elementos têm a necessidade de se reorganizar.

Depois desta análise, tentámos perceber qual foi a maior preocupação do indivíduo enquanto esteve internado, esta questão passou por várias respostas que foram agrupadas e que resultaram numa maioria na sua rápida recuperação. Isto pode-se dever ao facto do ser humano não gostar de estar doente, mas também devido ao facto de estarmos perante uma população jovem, activa e que tem um mundo lá fora para enfrentar.

Depois desta análise fomos então perceber quais as vivências do próprio e da família a diversos níveis. Verificámos que os hábitos alimentares se modificaram para melhor, mas que poderiam ser ainda melhores, não nos podemos esquecer que estamos perante um grupo que não tem seguimento em reabilitação cardíaca e que não tem estas informações mais aprofundadamente, pois apenas são seguidos em consulta de cardiologia realizada por um único Cardiologista da zona em questão e que acaba por estar limitado exactamente por este motivo.



A maioria das famílias teve que se readaptar à nova condição do seu elemento. Outra das alterações foi a alimentação que se modificou não só para o doente como para a família, pelo que também vai ao encontro da necessidade de seguimento na especialidade de nutrição.

Os agregados familiares vivem dos orçamentos criados pelos seus empregos e se por um acaso surge alguma dificuldade a este nível muitas famílias sofrem com esta alteração. Por isso, analisámos quais foram as consequências a nível profissional, verificámos que a maioria apenas teve que readaptar a sua actividade profissional à nova condição física, mas também podemos concluir que existe uma grande percentagem que é reformado precocemente pela doença sofrida. Este facto torna-se importante quando estamos a analisar uma amostra numa zona onde a população é muito idosa e inactiva, pelo que a região poderá também acabar por poder vir a ser afectada por este motivo.

Mas existem ainda outras questões que podem levantar problemas aos agregados familiares, como é o facto do aumento das despesas fixas com a farmácia, quase que lhe podemos chamar como que uma prestação que ao final do mês tem que ser paga em detrimento do agravamento do estado de saúde do doente.

Estas despesas pesam num orçamento familiar, por isso é que tivemos a curiosidade em perceber se estes gastos eram grandes ou pequenos. Verificámos então que a maioria gasta entre 76 e 100€, o que parece ser muito dinheiro para um rendimento familiar que está debilitado. Também nesta questão eles sugerem uma maior comparticipação dos medicamentos. Existe quem refira que muitas vezes não toma os medicamentos para poder comer e também há quem refira que pode tomar os medicamentos porque o farmacêutico dá facilidades de pagamentos, como se estivéssemos a falar de um objecto que compramos e que vamos amortizando, parece urgente fazer algo a este nível.

Ainda no decorrer da análise foi interessante perceber que dos indivíduos reformados a maioria exerce como ocupação da sua actividade diária na elaboração de pequenos trabalhos ou trabalhos agrícolas para que possam angariar mais algum dinheiro para o orçamento familiar. Neste grupo mais restrito só uma pequena parte ocupa os tempos diários com actividades de lazer, como música ou pintura.

Igualmente importante foi perceber se o outro grupo, dos não reformados, ocupava as suas actividades diárias. O que aconteceu foi talvez intrigante do ponto de vista de que nenhum referiu ter ocupação de tempos livres, apenas referiram que a actividade do dia a dia era trabalhar, com moderação, mas trabalhar, o que revela a continuação de vida que anteriormente levavam e à não diminuição do sedentarismo, factor de risco modificável para a doença em questão. Parece aqui ser muito importante inculcar no espírito do doente esta necessidade do exercício físico como redutor do sedentarismo e de um indutor de um aumento da capacidade cardíaca.

Analisámos ainda, como reagiu a comunidade onde cada indivíduo está inserido à sua doença, foi importante perceber que a maioria está sensível e ajuda o doente dando-lhe apoio para poder reactivar a sua vida. Este apoio passa não só por apoio emocional como muitas vezes apoio na ajuda da própria recuperação do doente, como ajudá-lo nas lides de casa.

Chegámos por fim ao ponto em que os indivíduos poderiam sugerir atitudes, actividades, entre outras que pudessem ajudar a conseguir ultrapassar os problemas que têm e que ainda não conseguiram ultrapassar e que tiveram no passado, para ajudar os que hão-de vir a sofrer deste problema.

Foram várias as sugestões, de entre as mais sugeridas tivemos o pedido de organizar uma associação, um clube onde eles pudessem deslocar-se para conversar com outras pessoas que tivessem tido o mesmo problema, pois grande parte, segundo o que referiram começou a conseguir aceitar a doença quando se aperceberam que havia mais pessoas nestas condições e que não eram os únicos. Neste local poderiam ser organizados vários eventos de distração, de apoio psicológico, de apoio social, familiar e até com os próprios medicamentos.

Se analisarmos as sugestões que foram dadas por estes, podemos verificar que todas poderão fazer parte de um programa de reabilitação/reinserção cardíaca, que já existe em Portugal mas não em todo o país e não de fácil acesso a todos os cidadãos. Parece urgente fazer com que haja descentralização a esse nível, de maneira a que todo o cidadão tenha acesso a estes programas e possa assim viver com mais qualidade de vida.

Quanto à prevenção, não podemos dizer que não existe no nosso país um programa, pois ele existe e até está legislado sob forma de despacho, no entanto podemos afirmar que esta informação não está a chegar até aos portugueses que vivem no interior, talvez fosse útil fazer publicidade porta a porta, isto é, folhetos que se podem deixar na caixa de correio de cada português e que pode assim chegar facilmente ao cidadão em geral. Analisando as sugestões dos que já passaram por este problema, podem ser ainda utilizados para bem público os espaços de anúncios nos média portugueses para a prevenção dos factores de risco para as doenças cardiovasculares.

Com a evolução existente e com as exigências a que cada um está cada vez mais sujeito parece que as doenças cardiovasculares irão afectar cada vez mais indivíduos jovens e que é urgente intervir nesta área.

Depois de toda esta análise torna-se importante dizer que se poderão realizar actividades temáticas envolvendo os doentes cardíacos e os outros grupos da comunidade de maneira a que os primeiros se sintam úteis e os segundos fiquem informados das dificuldades destes doentes e como poderão realizar a prevenção para as doenças cardiovasculares.

Sugerimos assim um projecto de intervenção comunitária para que se coloquem em prática as actividades sugeridas pelos indivíduos envolvidos na investigação afim de minorar os problemas encontrados aquando das entrevistas aos doentes.

Esta proposta de projecto, tem como finalidade desenvolver áreas temáticas nas várias vertentes (social, psicológica, nutricional, médica...) para que todos os doentes que tenham diagnóstico de doença coronária ou que venham a ter se sintam mais úteis à sociedade e se mantenham informados de como poderão melhorar as suas vidas em função das actividades previstas. Aqui, foi também muito importante desenvolver actividades de apoio técnico para que a readaptação ao novo estilo de vida se torne mais fácil.

Pareceu-nos ainda de suma importância desenvolver algumas actividades de informação geral para que a população local se mantenha informada acerca desta problemática e de como a poderá prevenir.

Foi nosso intuito apresentar este projecto sempre com a intenção de ajudar a resolver as questões levantadas ao longo da investigação.

Concluimos assim que face à constatação das múltiplas dificuldades por parte dos doentes coronários em refazer as suas vidas e que pela inexistência de respostas locais/sub-regionais que visem minimizar este impacto na zona do estudo em questão, julgamos pertinente a apresentação do projecto aqui apresentado.

O desafio fica lançado!

Poderemos ainda sugerir para próximos estudos desta natureza que se alargue a um maior número de entrevistados.

Estudos nesta área mas com vista a perceber e comparar a realidade do litoral e do interior do país seria interessante, para que se pudesse concluir quais as diferenças que existem efectivamente em Portugal.

Também poderia ser pertinente perceber o que é que as medicinas alternativas podem oferecer na solução deste tipo de problemas a estes grupos de doentes.

Outros estudos poderiam ser feitos para a percepção das diferenças existentes entre os vários países da União Europeia.

Bibliografia

ALMEIDA, Paula T. 2007. “Programas de Reabilitação Cardíaca e Prognóstico de Doença Cardiovascular”. **Revista Factores de Risco**. N.º 6 (Julho – Setembro). p. 23 – 28

ALLPORT, Gordon. 1966. **Personalidade, padrões e desenvolvimento**. S. Paulo: Ender

ALVES, Izilda. Agosto 2002. **Cocaína, Causa de Morte Súbita em Jovens**. Brasil. [Acedido a 23 de Novembro de 2007]. Disponível na Internet: <http://jovempan.uol.com.br>

BALLONE, G.J. 2003. **Cardiologia e Psicossomática Infarto do Miocárdio e Doença Coronariana**. Brasil. **Psiquiatria Geral**. p.1-8. [consultado em 06 de Fevereiro de 2006]. Disponível na Internet: <http://gballone.sites.uol.com.br>

BELL, Judith. 2004. **Como Realizar um Projecto de Investigação**. 3ª Ed. Lisboa: Gradiva

BALTAZAR, M. Saudade [et al]. 2000. “Qualidade de Vida em dois Concelhos do Alentejo”. **Revista Economia e Sociologia**. N.º 70. p. 210 - 221

BALTAZAR, M. Saudade. 2004. “**Políticas Sociais: solidariedades Planeadas**”. VIII Congresso Luso – Afro - Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra. p. 1-15

BETTENCOURT, Nuno [et al]. 2005. “Impacto da Reabilitação Cardíaca na Qualidade-de-vida e Sintomatologia Depressiva após Síndrome Coronária Aguda”. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol. 24 (Maio), n.º 5. p. 687 – 692

BRANDI, J. Witt [et al]. 2004. “Cardiac Rehabilitation After Myocardial Infarction in the Community”. **Journal of the American College of Cardiology**. Vol. 44 (Setembro), n.º 5. p. 988 - 996

CASTELA, Susana [et al]. 2004. “Síndromas Coronárias Agudas em Fumadores. Características Clínicas e Angiográficas”. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol. 23 (Maio), n.º 5. p. 697 – 705

CASTELLS, Manuel; CARDOSO, Gustavo. 2005. **A Sociedade em Rede do Conhecimento à Acção Política**. Lisboa: Imprensa Nacional

COELHO, Ana Margarida. 2006. “Estratificação do Risco Cardiovascular em Doentes Hipertensos de uma Lista de Utentes”. **Revista Portuguesa Clínica Geral**. N.º 22. p. 41 - 48

DEL Net/OIT. 2002. “Guia prático para desenhar e formular projectos a nível local”. Centro Internacional de Formação da Organização Internacional do Trabalho.

DIAS, António Madureira. 2004. “Personalidade e Coronariopatia”. **Revista do ISPV**. N.º 30 (Outubro). p. 191 – 200

DIAS, Carla C., [et al]. 2004. “Síndrome Coronário Agudo, Gravidade da Sintomatologia Depressiva e Prognóstico”. In: Congresso Português de Cardiologia, XXV. Vilamoura. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol. 23 (Março). Suplemento I. p. I-155

DIAS, Carla C., [et al]. 2005. “Síndrome Coronária Aguda e Depressão”. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol. 24 (Abril), n.º 4. p. 507 – 516

DIAS, Carla C., [et al]. 2005. “Síndrome Coronária Aguda e Factores Preditivos de Qualidade de Vida”. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 24 (Junho). p. 819 – 829

FERNANDES, Ana C. V. Lopes; MCINTYRE, Teresa. 2006. “Intervenção Psicológica Multinodal em Pacientes na Reabilitação Pós – Enfarte do Miocárdio em Portugal”. *Revista Brasileira de Promoção para a Saúde*. Vol. 19, n.º2. p. 74 – 82

FIGUEIRA, José M. R. 2003. “Nas encruzilhadas da “parceria/partenariado” um caminhar para o desenvolvimento sustentável”. Évora. Tese de Mestrado em Sociologia, apresentada à Universidade de Évora.

FORTIN, Marie Fabienne. 1999. *O Processo de Investigação*. Loures Lusociência

GOMES, Ricardo Seabra. 2007. “Promoção da Prevenção Cardiovascular em Portugal agora e no futuro”. *Jornal do Centro de Saúde*. (Fevereiro). p. 6.

GUARDADO, Jorge Humberto. s.d. *Aterosclerose e Doença Vascular*. [Acedido em 05 de Junho de 2007]. Disponível na Internet: <http://jhumberto.home.sapo.pt>

GUERRA, Isabel Carvalho. 2006. *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção*. 2ª Ed. Cascais: Principia

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário. 1986. *Metodologia do Planeamento em Saúde*. 2º Ed. Lisboa: Edições de Saúde

Instituto Nacional de Estatística. S.d. *Classificação Nacional das Profissões*. [consultado em 14 de Novembro de 2007]. Disponível na Internet: <http://metaweb.ine.pt>

KLONER, Robert A. [et al]. 1992. “The Effects of Acute and Chronic Cocaine use on the Heart”. **Circulation**. Vol. 85. p. 407 – 419

LEAL, Elisabete N. [et al]. 2005. “Aspectos Psicossociais Associados à percepção da Dor Pós-Operatória em Indivíduos Submetidos a Cirurgia Coronária”. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Vol 24, n.º 10. (Outubro). p. 1221 – 1231.

LIMA, Nelson. 2006. **Doenças Psicológicas são Influenciadas pela Cultura e a Sociedade**. p. 1-2. [Acedido a 20 de Fevereiro de 2007]. Disponível na Internet: <http://www.psicologia.com.pt>

MACHADO, M. Céu Soares. 2007. **Gestão da Saúde e o Plano Nacional 2004/2010**. Caderno de Economia. (Julho – Setembro). p. 34 – 40.

MCINTYRE, Teresa; FERNANDES, Ana C. V. Lopes; ARAÚJO-SOARES, Vera. 2000. “Intervenção Psicológica na Reabilitação Pós-enfarte do Miocárdio: um Esforço Interdisciplinar”. **Psicologia, saúde & Doenças**. Vol. 1 (Janeiro). p. 53 - 60

MESQUITA, Quintiliano H. s.d. **Miocardiopatia Isquémica**. [consultado em 17 de Março de 2006]. Disponível na Internet: <http://www.ipv.pt>

MESQUITA, Quintiliano H. S.d. **Como Tratamos o Coronário**. [consultado em 18 de Março de 2007]. Disponível na Internet: <http://www.infarectcombat.org>

MESSA, Alcione Aparecida. S.d. **Impacto da Doença Crónica na Família**. Academia Brasileira de Psicologia. [acedido a 19 de Março de 2007]. Disponível na internet: <http://www.psicologia.org.br>

Ministério da Saúde. 2007. **As doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal**. Lisboa. Portal da Saúde. [acedido em 03 de Novembro de 2007]. Disponível na Internet. <http://www.portaldasaude.pt>

Ministério da saúde. 2007. **O que são Doenças Crónicas?**. Lisboa. Portal da Saúde. [acedido em 05 de Junho de 2007]. Disponível na Internet. <http://www.portaldasauade.pt>

MOORE, Keith el. 1994 **Anatomia Orientada para a Clínica**. Trad. Cláudia Lúcia Caetano Araújo. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan

MITTLEMAN, Murray A. [et al]. 1999. Triggering of Myocardial Infarction by Cocaine. **Circulation**. Vol. 99. p. 2737 - 2741

NUNES, Ana Raquel [et al]. 2002. **Projecto de Acção do Hipertenso Desconhecido**. Lisboa: Trabalho Apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública

OLIVEIRA, Rui Aragão. 2000. “Elementos Psicoterapêuticos na Reabilitação dos Sujeitos com Incapacidade Físicas Adquiridas”. **Análise Psicológica**. Vol 4. p. 437 – 453

OLIVERÓ, Ruperto; GUELL, Javier. 1994. **O Enfarte**. Trad. Maria Virgínia. 1.^o ed. Barcelona: Lello Irmão Editores

ROCHA, Evangelista. 2007. “O Tabaco e as Doenças Cardiovasculares”. **Factores de Risco**. N.º 5 (Abril – Junho). P. 24-39

ROZANSKI, Alan [et al]. 2005. “Epidemiologia, Fisiopatologia e Tratamento de Factores de Risco Psicossociais na Clínica Cardíaca”. **Journal of the American College of Cardiology**, Vol 2, n.º 11. (Dezembro). p. 691 – 706

SANTANA YLLOBRE, L.; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, G. 2005. **Cardiopatía Isquémica y Su Relación con Discapacidad Laboral**. Outubro. [Acedido em 24 de Janeiro de 2006]. Disponível na Internet: <http://www.fac.org.ar>

SANTOS, Fernando Ribeiro. 2004. “Problemas Psicossociais no Doente Cardíaco. O Papel da Reabilitação Cardíaca”. *Revista portuguesa de psicossomática*. Vol 6, nº 001 (Janeiro – Junho), p. 37 – 42

TAVARES, António. 1990. *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Central de Impressão do Hospital Dona Estefânia

TEIXEIRA, Madalena [et al]. 2007. “Reabilitação Cardíaca em Portugal – Evolução entre 1998 e 2004”. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 27, nº 9 (Setembro). p. 815 – 824

THOMAS, J. Rendal [et al]. 2007. “AACVPR/ACC/AHA 2007 Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to and Delivery of Cardiac Rehabilitation/ Secondary Prevention Services”. *Journal of e American College of Cardiology*. Vol. 50, nº 14 (Outubro). P. 1400 – 1433

U, Chan Chan. 2005. “A Qualidade de Vida e os Indicadores sociais”. *Administração*. Vol XVIII, nº 68. p. 607 - 629

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. 2005. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trad. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. 4ª ed. Lisboa: Gradiva

DOCUMENTOS DE PUBLICAÇÃO OFICIAL:

Despacho nº 16415/2003. Diário da República nº 193 de 22 de Agosto, p. 2 – 20

Despacho nº 19670/2005. Diário da República II Série. N.º 175 de 12 de Setembro de 2005, p. 13 298 – 13 299

Decreto Lei n.º 115/2006. Diário da República I Série A. N.º 114 de 14 de Junho de 2006. p. 4276 – 4282

Decreto Lei n.º 352/2007. Diário da República I Série. N.º 204 de 23 de Outubro de 2007. p. 7754 – 7755

Lei n.º 46/86. Lei de Bases do Sistema Educativo. 14 de Outubro.

Lei n.º 13/2002. Lei de bases do Ambiente. 19 de Fevereiro

Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de Novembro

Anexos

Anexo 1 - Guião para entrevista ao utente da Unidade Hospitalar de Elvas

“Caracterização do entrevistado”

Sexo

Idade quando teve o enfarte

Idade actual

Escolaridade

Profissão

Estado civil

Tem filhos (menores ou não)

Factores hereditários

Hábitos alimentares antes de ter o enfarte e depois

Quanto tempo esteve internado?

Quanto gasta em média por mês com os medicamentos?

Reacção à notícia

Como reagiu ao facto de saber que tem uma doença no coração para toda a vida? E que está limitado para certas actividades?

E a família?

O que mais o preocupou enquanto esteve internado?

Depois da alta

Hoje, como é o seu dia a dia? O que mudou?

Consequências ao nível Familiar

Quais os hábitos que se tiveram que modificar na família?

Quais as dificuldades que a sua família sentiu?

De que modo a família pode ter sido afectada pela sua doença?

Consequências ao nível Profissional

No seu trabalho, o que aconteceu? O patrão prescindiu do seu posto de trabalho?

Redireccionou-o para outra actividade? Teve que procurar outro tipo de trabalho? Qual?

Consequências ao nível Social

Quais foram as dificuldades que encontrou no seu meio social?

Sentiu que a sociedade estava preparada para receber a sua nova condição física?

Sugestões

No seu entender como é que se pode ajudar a resolver os problemas que teve ou tem para resolver?

Que instituições poderiam no seu entender colaborar num projecto para ajudar a resolver os problemas que já falámos?

E como é que acha que elas poderiam colaborar? Em quê? De que forma?

Anexo 2 - Guião para entrevista às Técnicas das Redes Sociais

Antes da apresentação dos dados da investigação

Existe Programa Rede Social neste município?

Como funciona a rede social? Quais são as principais potencialidades e constrangimentos de actuação?

Quem são os parceiros desta rede? A sua adesão ao Programa ocorreu de uma forma facilitada?

No Diagnóstico Social Concelhio como se encontram identificados os problemas / necessidades no sector da saúde? E a sua transposição para o Plano de Desenvolvimento Social como se encontra operacionalizada, de acordo com a prioridades de intervenção estabelecidas para o concelho?

Depois da apresentação dos dados da investigação

Na sua opinião, considera que a rede social pode contribuir para a erradicação ou minimização dos impactos decorrentes deste tipo de problemas?

Como pode o município ajudar estes doentes no âmbito das suas competências de actuação?

Que sugestões/comentários poderá acrescentar para inclusão nesta fase da investigação como soluções ou propostas de intervenção para estes problemas.

Anexo 3 – Declaração de Aceitação para Participação no Estudo

Consentimento Informado

Este estudo insere-se no contexto do Mestrado em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde que estou a realizar na Universidade de Évora, pretendo com ele realizar entrevistas aos doentes que tiveram Enfarte Agudo do Miocárdio antes dos 65 anos e que deram entrada na urgência do HSLE. Com este estudo pretendo entender as dificuldades familiares, sociais e profissionais que encontraram face à doença diagnosticada e perceber como uma rede de instituições pode ajudar na reinserção social e reabilitação cardíaca deste doentes.

Hospital Santa Luzia de Elvas, ____/____/2007

Fui informado acerca da natureza e objectivos do estudo, e aceito participar no mesmo

Anexo 4 – Grelha para Análise das Entrevistas

Análise de Conteúdo (Categorial Temática)

DIMENSÃO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	EXCERTOS
Perfil do doente	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • F • M 	
	Idade enfarte	<ul style="list-style-type: none"> • <45 • 45 – 55 • 56 – 65 • 	
	Idade actual	<ul style="list-style-type: none"> • <45 • 45 – 55 • 56 – 65 • > 65 anos 	
	Grau de Escolaridade	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Ciclo (1º a 4º ano) • 2º Ciclo (5 e 6º ano) • 3º Ciclo (7 a 9º ano) • Secundário (10 a 12º) • Superior 	Fonte: Lei de bases do Sistema Educativo – Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro, artigo 8º, 9º e 10º
	Profissão	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas • 2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas • 3. Técnicos e profissionais de nível intermédio • 4. Pessoal administrativo e similares • 5. Pessoal dos serviços e vendedores • 6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e das 	Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Classificação Nacional das Profissões

		<ul style="list-style-type: none"> • pescas • 7. Operários, Artífices e trabalhadores similares • 8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem • 9. Trabalhadores não qualificados • 0. Membros das forças armadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Divorciado 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 	<ul style="list-style-type: none"> • "Isso talvez fosse um dos meus grandes problemas, era fumador" • "Era assim das 9h às 12h30 fumava 1 maço, almoçava e entrava no 2º maço, depois petiscos, uns copos não jantava e entrava no 3º maço..."
	Estado Civil				
	Descendentes				
	Hábitos tabágicos	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não • NA/NR 			
Causas da doença	Factores Hereditários	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não 			
	Hábitos alimentares anteriores ao enfarte	<ul style="list-style-type: none"> • Maus • Razoáveis • Bons 			<ul style="list-style-type: none"> • "Antes muito maus, não havia restrições, comia de tudo" • "O alentejano, excesso de tudo" • "Não havia regra, comia de tudo"
Vivência Pessoal/ Familiar na fase aguda da doença	Tempo de internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Até 8 dias (1 semana) • 9 a 15 dias (2 semanas) • 16 a 23 dias (3 semanas) • Mais de 24 dias (mais de 3 semanas) 			
	Reacção pessoal à notícia	<ul style="list-style-type: none"> • Positiva (bem) • Negativa (foi um grande choque, mal, ainda me sinto revoltado, não reagi muito bem...) • NA/ NR 			<ul style="list-style-type: none"> • "Foi um grande choque" • "Não reagi muito bem, nunca pensei ter uma coisa destas" • "Estou muito revoltado comigo próprio" • "Ainda me sinto revoltado" • "Para mim foi como hoje, não me estive cá a chatear" • "Não assumi que fosse para o resto da vida, não tive consciência"

			<ul style="list-style-type: none"> nenhuma" "Temos que aguentar e pronto, ficamos desmoralizados com o tempo passa"
	Reacção familiar à notícia	<ul style="list-style-type: none"> Positiva (Apoio, ajuda, ...) Negativa (Preocupação, agitação, tristeza, mal, esmorecida, sofrimento...) NA/NR 	<ul style="list-style-type: none"> "Ajudaram-me muito" "Ficaram muito tristes" "Ficaram desmorecidos" "Cada um chorava para seu lado" "Sofreram muito" "Um deles (filho) estava a acabar o curso e teve que ir para o psiquiatra" "Apoiaram-me muito"
	Principal preocupação	<ul style="list-style-type: none"> Família Emprego A Recuperação Morrer NA/NR 	<ul style="list-style-type: none"> "Foi a família" "Sensação de medo que se prolonga por toda a vida" "O trabalho" "A empresa" "Era morrer e deixar tudo o que gosto e de estar com quem gosto" "Com medo de morrer, ainda hoje tenho medo de ter outro" "Curar-me o mais depressa possível" "Ora eu não tinha cabeça para pensar nem em bem nem em mal..."
Vivência Pessoal / Familiar) após a doença	Hábitos alimentares Posteriores ao enfarte	<ul style="list-style-type: none"> Mantiveram-se Melhoraram um pouco Melhoraram significativamente 	<ul style="list-style-type: none"> "Os petiscos acabaram, só um copinho à refeição e o tabaco acabou" "Melhorou um bocadinho, mas continua muita coisa errada, muita falta de informação..." "Agora faço uma vida normal mas com a reforma que eu tenho também não dá para comer sempre carne ou peixe" "Os filhos tiveram que assumir a empresa" "A alimentação principalmente" "Teve que haver uma adaptação do meu marido" "A família também sofreu com os meus hábitos que se tiveram que modificar"
	Familiares	<ul style="list-style-type: none"> Sem alteração Alterações alimentares Alteração de vida dos filhos Venda de bens Readaptação Familiar NA/NR 	<ul style="list-style-type: none"> "Tive que vender as vacas, cessar a actividade que tinha e agora estou à espera da reforma" "Os meus filhos continuaram a estudar e eu a trabalhar" "Bastantes problemas e bastante graves, eu tenho ajudado como posso, daquelas vendas de uma ao meu filho ele queria casar!" "Eu sempre ajudei o meu filho como pude, agora já não posso ajudar

			<ul style="list-style-type: none"> • mais, às vezes não faço os medicamentos para poder comer e nem sempre pode ser peixe ou carne” • “A nossa vida altera-se muito, às vezes pensamos que somos uns inválidos” • “As monetárias, o meu marido além da pré reforma lá de Bruxelas, vai fazendo uns biscoitos, porque é muito dinheiro só em medicamentos” • “O meu pai que trabalha comigo teve que se adaptar” • “Um dos meus filhos continuou a estudar mas com o auxílio da namorada, os outros viram que havia dificuldades e pararam de estudar”
		<ul style="list-style-type: none"> • Reformado na altura da doença • Reformado pela doença • Readaptação no local de trabalho • Procura de novo emprego • NA/ NR 	<ul style="list-style-type: none"> • “Não tive que procurar trabalho, só redireccionar as actividades da empresa para os meus filhos” • “Tive que passar a loja para o meu filho e hoje dedico-me a uma coisa que nem sabia que tinha jeito – à pintura!” • “Eu vou onde o chefe me manda, ele não se acanha...” • “Trabalho com o meu pai e ele compreende, não faço esforços.” • “O patrão e os colegas auxiliaram-me muito foram excepcionais” • “Continuo a trabalhar, mas já não faço o que fazia, tive que reduzir o trabalho, não acabei com a actividade mas tive que redireccionar algumas actividades” • “Nem sequer redireccionei a minha actividades, não podia, não valia a pena, a médica aconselhou-me a reformar por invalidez” • “Os meus patrões viraram-me as costas, como a gente vira a um animal...para receber o resto que lá tinha, teve que ser quase por favor ... e eu que precisava dos medicamentos...” • “Mudei de profissão por causa da doença...” • “Estava muito pior a trabalhar naquela câmara (...) depois do enfarte as coisas foram piorando...” • “Fui logo reformado pela doença, mas tive de trabalhar até de baixa, sabe a necessidade!!!” • “Mecanizei tudo, acabou-se os funcionários ... Houve uma readaptação”
	Profissionais		
	“Ocupação diária”	<ul style="list-style-type: none"> • NA/ NR • Pequenos trabalhos • Ocupações agrícolas • Pintura 	<ul style="list-style-type: none"> • “Muito sem fazer nada, reformei-me muito novo” • “Não mudou nada porque continuo a trabalhar” • “Não tinha horas, agora deito-me muito cedo para descansar mais, preciso mesmo”

	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos colectivos/ convívios • Caminhadas • A trabalhar • Baixa Médica 	<ul style="list-style-type: none"> • “Nada de manhã e à tarde descanso. Às vezes vou-me inter tendo, como percebo um bocadinho de electricidade e construção civil” • “Aquele fase até aos 6 meses, o pensar que sou um condenado, um desgraçado, um inútil...comecei a ter uma vida mais regrada, não é fácil deixar o tabaco, não é fácil, isto e outras coisas. • “Tenho um monte e vou-me lá distraíndo” • “Tenho um entretém o meu filho comprou um olival e rego umas árvores e ando ali para não andar stressado.” • “Hoje é mais sereno, dou menos importância às pessoas” • “Tive de começar a minha vida quase do zero, hoje é por casa, saio todos os dias para dar uma voltinha mas não é na hora do calor” • “Não faço esforços, de resto não mudou nada” • “Agora na reforma, vou-me sentando lá nos banquitos e jogar umas cartitas.”
Comunidade local	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio da comunidade em geral • ajuda dos vizinhos • Colaboração dos amigos • Estigma social • Incompreensão da mudança de vida por parte dos amigos • Falta de preparação da sociedade e em particular dos jovens. • NA/ NR 	<ul style="list-style-type: none"> • “Não houve grandes problemas” • “Acho que a sociedade não está preparada para receber as pessoas como eu, os meus amigos estranharam muito” • “Não a nossa juventude não está capaz para este problema, há certas coisas que eles fazem que não eram capaz de o enfrentar” • “Sim tive dificuldades...mas tenho tido alguma ajuda.” • “Não está preparada. Deveria-se fazer literatura e enviar para casa das pessoas com este problema, a informação tem que chegar ao doente, não é um cartaz grande aí pendurado na parede.” • “A princípio foi coitadinha da A. Agora não pode trabalhar” • “Sim as pessoas preocupavam-se” • “Eu não quero eu não bebo, os amigos sempre tentam puxar...” • “Sim tive dificuldades. Foi numa altura que precisava de casa, fui à segurança social e nada...”
Apoio institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Negativo • Positivo 	
Despesas fixas com a doença	<p>Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não sabe • <25 € • 25 – 50 € • 51 – 75 € • 76 – 100 € • >100 € 	<ul style="list-style-type: none"> • “É muito complicado, alguns nem sequer têm comparticipação” • “Muitas vezes são 2x por mês, os medicamentos já não dão para um mês eles reduziram” • “Ora eu ganho mais ou menos 200€ de reforma e fica quase tudo na farmácia, o que vale é a horta, o negócio”

<p>Propostas para intervenção comunitária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio psicológico • Gabinete de apoio ao doente cardíaco com horário acessível para prevenção do futuro • Divulgação sobre a doença • Realização de cursos para distração • Maior participação nos medicamentos • “Clube do doente do coração” (onde se organizassem caminhadas, reuniões de grupo com doentes com a mm doença) • Rede organizada para conciliar o emprego e a incapacidade • Medicina preventiva junto da população • Sensibilização dos profissionais dos centros de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • “O ideal era ter profissionais para que os pudessem orientar a nível psicológico.” • “Um gabinete onde as pessoas possam falar um bocadinho. Tal como há para os diabéticos podia haver para os cardíacos...uma consulta que ajudasse as pessoas a entender o que aconteceu e que as orientasse para que não voltasse a acontecer.” • “Haver um gabinete de prevenção com horário para todas as pessoas para ajudar as pessoas com este problema.” • “Divulgação acerca do problema” • “Comparticipação maior nos medicamentos” • “Respostas às necessidades mas o fundamental é reabilitar” • “Prevenção para não ter outra situação igual” • “Como há para os diabéticos, haver para os doentes cardíacos: “ clube do doente do coração” • “Reuniões de grupo onde pudessemos falar do nosso problema, existe muita gente não somos só nós.” • “Mais informação, mais consultas, mais esclarecimentos. Fui visto pelo cardiologista em Março ou Abril e agora já só em Setembro (eu disse que o cardiologista era só um) respondeu: por isso mesmo, o nosso governo deveria ver essas situações. A nossa saúde é só porto Lisboa e Coimbra. O Alentejo é visto como uma ilha deserta. Deveria haver mais médicos.” • “Eu acho que para isso deveriam haver consultas com pessoas que passaram pelo mesmo” • “Devia ser criado um esquema qualquer para as pessoas não se sentirem inúteis à sociedade.” • “Mantinhm-se activas, um esquema em que a segurança social dava um x e o patrão outro x e as pessoas mantinham-se activas, com trabalhos adequados ao problema.” • “Nós devíamos apostar muito na medicina preventiva ... É um problema de hábitos, cultura, mentalidade, há aqui uma série de coisas a serem alteradas, para dar qualidade de vida às pessoas.” • “Deveria haver informação junto dos doentes e aos outros que nunca o tiveram.” • “Os problemas, que podiam resolver era os medicamentos. Não é que eu tenha muitas necessidades, mas tenho os meus filhos no ensino
---	--	---

			superior e a minha mulher não pode trabalhar.”
Proposta de identidades que possam ajudar	<ul style="list-style-type: none">• Hospital• Câmara• Governo• Junta freguesia• Segurança social• Jornais• Rádio• Centro de saúde	<ul style="list-style-type: none">• “O governo é que deveria ajudar”• “A junta podia ajudar com uma casa para isso (para ajudar).”• “No CS seria ótimo”• “Acho que a SS poderia estar mais envolvida nestes processos, destes doentes!”• “Reuniões anunciadas no jornal ou na rádio.”• “No hospital, no Centro de Saúde, há para aí organizações que podiam colaborar.”• “Deveríamos envolver a parte social do hospital”• “Podíamos envolver o presidente da junta de freguesia”	

Anexo 5 – Quadros dos Gráficos Apresentados

Quadro 1 – Distribuição da Amostra por Sexo

Sexo	N.º
Feminino	4
Masculino	26
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 2 - Distribuição dos grupos de idades por doentes

Grupo Etário	N.º
<45 anos	6
45 - 55 anos	14
56 - 65 anos	10
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 3 – Distribuição dos Indivíduos por Níveis de Ensino

Nível de Ensino	N.º
1º ciclo	16
2º ciclo	3
3º ciclo	7
Ensino Secundário	1
Ensino Superior	3
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 4 – Distribuição da Amostra Por Grupo Profissional

Grupo Profissional	N.º
1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas	5
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio	1
4. Pessoal administrativo e similares	1
5. Pessoal dos serviços e vendedores	1
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e das pescas	2
7. Operários, Artífices e trabalhadores similares	1
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1
9. Trabalhadores não qualificados	10
0. Membros das forças armadas	6
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 5 – Distribuição dos Indivíduos por Estado Civil

Estado Civil	N.º
Casados	28
Divorciados	2
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 6 - Distribuição dos filhos por Maioridade e Menoridade

Distribuição dos filhos	
Com Filhos	29
Filhos Maiores	24
Filhos Menores	9
Filhos > e <	7

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 7 - Factores Hereditários

Factores Hereditários	
Sim	20
Não	10
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 8 - Hábitos Alimentares Antes da Ocorrência da Doença

Hábitos Alimentares Antes da Ocorrência da Doença			
Maus	Razoáveis	Bons	Total
22	7	1	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 9 - Hábitos Tabágicos

Hábitos Tabágicos		
Sim	Não Aplicável	Total
13	17	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 10 - Reacção do Doente à Notícia

Reacção do Doente à Notícia			
Positiva	Negativa	NA/ NR	Total
5	24	1	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 11 – Reacção da Família à Notícia

Reacção da família à notícia			
Positiva	Negativa	NA/NR	Total
7	22	1	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 12 - Principais Preocupações do Doente no Internamento

Principal Preocupação enquanto internado					
Família	Emprego	A recuperação	Morrer	NA/NR	Total
4	4	10	3	9	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 13 - Comparação dos Hábitos Alimentares

Hábitos Alimentares				
Depois	Mantiveram-se	Melhoraram um pouco	Melhoraram significativamente	Total
	4	22	4	30
Antes	Maus	Razoáveis	Bons	Total
	22	7	1	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 14 - Hábitos Familiares Modificados

Hábitos Familiares Modificados	
Sem alterações	6
Alterações alimentares	7
Alteração de vida dos filhos	2
Venda de bens	2
Readaptação familiar	8
NA/NR	5
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 15 – Consequências a Nível Profissional

Consequências a Nível Profissional	
Reformado na altura da doença	6
Reformado pela doença	7
Readaptação no local de trabalho	9
Procura de novo emprego	2
NA/ NR	6
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 16 – Ocupação Diária dos Reformados

Reformados	
Na/NR	3
Pequenos Trabalhos	5
Pintura	1
Ocupações Agrícolas	4
Caminhadas	1
Música	1
Jogos colectivos/ convívios	1
Total	16

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 17 – Ocupação Diária dos Não Reformados

Não Reformados	
A Trabalhar	12
Baixa Médica	2
Total	14

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 18 - Reacção a Nível Social em Relação ao Doente

Reacção da a nível Social	
Apoio da comunidade em geral	10
Ajuda dos vizinhos	1
Colaboração dos amigos	3
Estigma social	1
Incompreensão da mudança de vida por parte dos amigos	4
Falta de preparação da sociedade e em particular dos jovens.	2
NA/ NR	9
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 19- Despesas Mensais com a Medicação

Despesas Mensais com a Medicação	
Não sabe	2
<25 €	2
25 – 50 €	2
51 – 75 €	6
76 – 100 €	12
>100 €	6
Total	30

Fonte: Entrevistas do Estudo

Quadro 20 Sugestões de Entidades a Envolver

Sugestão de entidades a envolver	
Hospital	4
Câmara	1
Governo	3
Junta freguesia	2
Segurança social	2
Jornais	1
Rádio	1
Centro de Saúde	3
Total	17

Fonte: Entrevistas do Estudo